FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919

THÈSE

N° 246

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René PICARD

Interne des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

De la Perte de la Vision Mentale

CHEZ LES MÉLANCOLIQUES

Président : M. Ch. ACHARD, *Professeur*

IMPRIMERIE CENTRALE DE L'OUEST

LA ROCHE-SUR-YON

(Vendée)

—

1919

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	N.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Bactériologie	BEZANÇON
Pathologie interne	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	N
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD, N.
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LA PERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	Auguste BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies infantiles	TEISSIER

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRUMPT	LABBE (Henri)	MULON	SICART
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES AMIS

HENRI BAUMANN, FRANTZ ADAM DE DORLISHEIM

GERMAIN BONNETON

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

en témoignage de reconnaissance pour le très grand honneur qu'il m'a fait en eacceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR SÉGLAS

en témoignage de respectueuse affection et de reconnaissance pour les précieux conseils qu'il m'a toujours prodigués et en particulier au cours de ce travail.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT

1910 M. le Professeur agrégé SICARD,
1911 M. le Docteur LAFFITE.
1912 M. le Docteur MOSNY (*in memoriam*).
1913 M. le Docteur BALZER.

INTERNAT PROVISOIRE

1914 M. le Dooteur SÉGLAS.

INTERNAT

1919 M. le Docteur RAMOND.

BÉNÉVOLE ET STAGE

M. le Professeur CHAUFFARD.
M. le Professeur agrégé TUFFIER.
M. le Docteur OETTINGER.

A MES MAITRES DE L'INSTITUT PASTEUR

MM. les Docteurs MARTIN et PETIT.

INTRODUCTION

Pendant notre internat à la Salpêtrière en 1914, nous eûmes l'occasion d'observer dans le service de notre maître, M. le Docteur Séglas, une mélancolique anxieuse, qui, tout le long du jour, se lamentait sur la perte de ses représentations visuelles. Etant donné le rôle important que de nombreux auteurs ont fait jouer à ce symptôme dans la genèse de quelques-unes des manifestations morbides habituelles de la mélancolie, on pourrait en inférer que la perte de la vision mentale est d'observation fréquente. Il n'en est rien. Nous n'avons pu en retrouver, dans la littérature médicale qu'une dizaine de cas, dont cinq seulement sont parfaitement explicites.

Comparant ces observations à la nôtre, deux faits surtout nous ont frappés. C'est d'une part que la perte de la vision mentale n'est accusée que par un groupe spécial de malades : nous ne l'avons vue signalée que chez des mélancoliques ou des psychasténiques avec dépersonnalisation et anxiété, nombre de ces derniers devant d'ailleurs être considérés comme de petits mélancoliques. C'est, d'autre part, que ce symptôme apparait à l'analyse

comme beaucoup moins caractéristique qu'il ne le paraissait au premier abord d'après les affirmations des malades. Ils peuvent en effet nous décrire parfaitement des objets dont ils prétendent n'avoir aucune représentation. Nous en avons conclu, contrairement aux divers auteurs qui se sont occupés de la question, qu'il ne s'agit pas d'une déficience des images visuelles, que celles-ci sont intactes. Est-ce à dire que la perte de la vision mentale doive être rayée de la séméiologie mentale? La vérité nous parait toute autre. Ces malades qui affirment avec tant d'insistance la perte de leurs représentations viisuelles, la ressentent réellement. Ce ne sont pas les éléments représentatifs des images qui leur manquent mais le composant émotionnel qui normalement les accompagne et leur donne avec leur intérêt, leur aspect de réalité, la disparition de ce composant émotionnel ayant son origine dans l'état affectif particulier de nos malades qui, nous venons de le voir, sont des mélancoliques.

C'est cette thèse que nous développerons au cours de ce travail. Nous citerons d'abord les observations et les principales interprétations des auteurs. Nous analyserons ensuite la perte de la vision mentale, en montrant que les éléments représentatifs des images sont conservés. Nous terminerons par notre interprétation personnelle en envisageant successivement l'influence sur la vision mentale de la diminution de la synthèse mentale et de la dysémotivité des mélancoliques.

CHAPITRE I

Les observations de perte de la vision mentale

CHAPITRE I

Les observations de perte de la vision mentale

Observation I (Charcot Bernard) (1). — La première observation de perte de la vision mentale que nous ayions retrouvée est due à Charcot. Elle fit l'objet d'une de ses cliniques et fut publiée par Bernard, en 1883, dans le *Progrès médical*, comme un exemple d'amnésie partielle, sous ce titre: « Un cas de suppression brusque et isolée de la vision mentale des signes et des objets (formes et couleurs) ». L'auteur insiste en effet sur ce fait que la perte de la vision mentale fut le seul symptôme morbide présenté par ce malade qui, par ailleurs, organiquement et psychiquement, était absolument normal.

Cependant, l'observation nous apprend que « des préoccupations graves lui vinrent, il y a un an et demi, à propos de créances dont le paiement lui paraissait incertain. « *Il perdit l'appétit et le sommeil ; l'événement ne justifia pas ses craintes. Mais l'émotion avait été si vive qu'elle ne se calma pas comme il l'espérait et un jour X... fut frappé brusquement de constater en lui un profond changement.* Ce fut d'abord un complet désarroi : il s'était produit désormais entre son nouvel état et l'état ancien un contraste violent .X... se crut un instant menacé d'aliénation mentale, toutes les choses lui

semblaient nouvelles et étranges autour de lui. Il était devenu nerveux et irritable. En tout cas, la mémoire visuelle des formes et des couleurs avait complètement disparu, ainsi qu'il ne tarda pas à s'en apercevoir et cette constatation eut pour effet de le rassurer sur son état mental. »

Nous citerons pour mieux nous éclairer sur la mentalité du malade de Charcot, une de ses lettres. Après avoir insisté sur la puissance remarquable de son ancienne mémoire visuelle, il écrit : « Tout à coup cette vision intérieure a absolument disparu. Aujourd'hui, même avec la meilleure bonne volonté, je ne peux pas me représenter intérieurement les traits de mes enfants, de ma femme, ou de n'importe quel objet me servant journellement. Donc étant établi que j'ai absolument perdu la vision intérieure, vous comprendrez facilement que mes impressions sont changées de façon absolue. Ne pouvant me représenter ce qui est visible et ayant absolument conservé la mémoire abstraite, j'éprouve journellement des étonnements en voyant des choses que je dois connaître depuis longtemps. Mes sensations ou plutôt mes impressions étant indéfiniment nouvelles, il me semble qu'un changement complet s'est opéré dans mon existence et naturellement mon caractère s'est modifié d'une façon notable. Avant j'étais impressionnable, enthousiaste et je possédais une fantaisie féconde ; aujourd'hui je suis calme, froid et ma fantaisie ne peut plus m'égarer. Le sens de la représentation intérieure me manquant absolument, mes rêves se sont également modifiés. Aujourd'hui, je rêve seulement paroles, tandis que je possédais auparavant dans mes rêves la perception visuelle... Une conséquence remarquable de la perte de cette faculté mentale est, comme je l'ai déjà dit, ce changement de mon caractère et de mes impressions. Je suis beaucoup moins accessible à un chagrin ou à une douleur morale. Je vous citerai qu'ayant perdu dernièrement un de mes parents auquel m'attachait une amitié sincère, j'ai éprouvé une douleur beaucoup moins grande que si j'avais eu le pouvoir de me représenter par la

vision intérieure la physionomie de ce parent, les phases de la maladie qu'il a traversée et surtout si je pouvais voir intérieurement l'effet extérieur produit par cette mort sur les membres de ma famille ».

Ainsi donc et très logiquement, ce malade attribue à la perte de la vision mentale ses sensations d'étrangeté du monde extérieur et aussi son inaffectivité ou mieux la diminution de son émotivité. Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de cette explication trop intellectualiste à notre avis. Remarquons de suite, qu'avant la disparition de la vision mentale sont apparues de graves préoccupations, injustifiées d'ailleurs, qui amenèrent la perte du sommeil et de l'appétit. Bien plus « l'événement n'ayant pas justifié ses craintes », le malade n'en continue pas moins à être inquiet, irritable, émotif, tombe dans un état de « complet désarroi » moral avec tendance à la dépersonnalisation : « il s'était produit désormais entre son nouvel éat et l'état ancien un contraste violent... toutes les choses lui semblaient nouvelles et étranges autour de lui ». Ce n'est qu'à ce moment, après un intervalle de temps non spécifié dans l'observation que se place la perte de la vision mentale. Elle ne peut donc être considérée comme primitive, comme un symptôme « isolé » d'apparition « brusque » en dehors de tout autre symptôme morbide. Sous quelle étiquette classer les phénomènes présentés par le malade ? Question difficile à résoudre en raison de la pauvreté des renseignements psychologiques. Mélancolie sans délire, psychose d'épuisement, état psychasténique ? en tout cas état anxieux franchement morbide.

Voyons maintenant en quoi consiste la perte de la vision mentale de X... et tout d'abord quelle était l'étendue de sa vision mentale normale.

X.. , dit Bernard, est un homme fort instruit. Il connaît remarquablement l'allemand, l'espagnol, le français, lit à livre ouvert le grec et le latin. Son père, professeur de langues orientales, a également une mémoire des plus remarquables,

il en est de même pour son frère et une de ses sœurs. « Son propre fils, âgé de 7 ans, connaît déjà à merveille les moindres dates historiques ». « M. X... jouissait, il y a un an encore, d'une mémoire remarquable. Comme celle de son père et de son fils, c'était surtout une mémoire visuelle. La vision mentale lui donnait au premier appel la représentation des traits des personnes, la forme et la couleur des choses avec autant de netteté, assure-t-il, et d'intensité que la réalité même. Recherchait-il un fait, un chiffre relatés dans sa correspondance volumineuse et faite en plusieurs langues, il les retrouvait aussitôt dans les lettres elles-mêmes qui lui apparaissaient dans leur teneur exacte avec les moindres détails, irrégularités et ratures de leur rédaction.

Récitait-il une leçon alors qu'il était au collège ? un morceau d'un auteur favori plus tard ? deux ou trois lectures avaient fixé dans sa mémoire la page avec ses lignes et ses lettres et il récitait en lisant mentalement le passage voulu qui, au premier appel, se présentait à lui avec une grande netteté. Pour faire une addition, M. X... n'avait qu'à parcourir les diverses colonnes de chiffres étalés devant lui, fût-ce celles d'un grand livre, et il alignait le total sans hésitation tout d'un coup, sans être obligé de se livrer à ces opérations de détail, chiffre à chiffre, qu'on a coutume de faire.

Il ne pouvait se rappeler un passage d'une pièce de théâtre qu'il avait vu jouer sans qu'aussitôt il n'évoquât les détails de la mise en scène, le jeu des acteurs, le spectacle de la salle elle-même.

X. . a beaucoup voyagé. Il aimait à croquer les sites et les perspectives qui l'avaient frappé. Il dessinait assez bien. Sa mémoire lui offrait quand il le voulait, les panoramas les plus exacts. Se souvenait-il d'une conversation ? Recherchait-il un propos ? Le lieu de la conversation, la physionomie de l'interlocuteur, la scène entière en un mot dont il ne recherchait qu'un détail lui apparaissait dans tout son ensemble. La mémoire auditive a constamment fait défaut à M. X...,

ou tout au moins elle n'a jamais paru chez lui que sur le second plan ».

Voyons maintenant ce qu'est devenue cette remarquable mémoire visuelle.

« Chaque fois qu'X... retourne à A..., d'où ses affaires l'éloignent fréquemment, il lui semble entrer dans une ville inconnue. Il regarde avec étonnement les monuments, les rues, les maisons, comme lorsqu'il y arriva pour la première fois. Paris, qu'il n'a pas moins fréquenté, lui produit le même effet. *Le souvenir revient pourtant peu à peu et dans le dédale des rues, il finit pourtant par retrouver son chemin.* On lui demande la description de la place principale d'A..., de ses arcades, de sa statue : « Je sais, dit-il, que cela existe, mais je ne puis rien figurer et je ne vous en pourrai rien dire ». Il a plusieurs fois regardé la rade d'A..., il essaye en vain aujourd'hui d'en reproduire les lignes principales, qui lui échappent complètement.

Prié de dessiner un minaret, il réfléchit, et, après avoir dit qu'il savait que c'était une tour carrée et haute, il trace sur le papier quatre lignes, deux verticales plus longues et égales et deux horizontales. La supérieure unit l'extrémité des deux verticales et l'inférieure se prolonge de chaque côté inégalement pour représenter le sol. C'est un dessin tout rudimentaire. « Vous voulez une arcade, je parviendrai à la tracer, car je me souviens qu'un plein cintre est une demi-circonférence, qu'une ogive est formée par deux arcs se rencontrant à angle aigu. Mais je ne vois pas du tout ce que sont ces choses dans la réalité ». Le profil d'une tête d'homme que trace X... sur notre invitation serait l'œuvre d'un jeune enfant. Il avoue cependant s'être aidé en la dessinant de la figure des personnes qui l'entourent. Un informe griffonnage représente l'arbre qu'on l'a prié de tracer. « Je ne sais pas du tout comment cela est fait ».

Le souvenir visuel de sa femme, de ses enfants est impossible. Il ne les reconnaît pas plus d'abord que la rade et les

rues d'A... et alors même qu'en leur présence, il y est parvenu, il lui semble voir de nouveaux traits, de nouveaux caractères dans la physionomie.

Il n'est pas jusqu'à sa propre figure qu'il n'oublie. Récemment, dans une galerie publique, il s'est vu barrer le passage par un personnage auquel il allait offrir ses excuses et qui n'était autre que sa propre image réfléchie par une glace. Durant notre entretien, X... s'est plaint à plusieurs reprises de la perte visuelle des couleurs. Il en semble préoccupé plus que du reste : « Ma femme a les cheveux noirs, j'en ai la plus parfaite certitude. Il y a pour moi impossibilité complète de retrouver cette couleur en ma mémoire, aussi complète que d'imaginer sa personne et ses traits ». Cette amnésie visuelle s'étend d'ailleurs aussi bien aux choses de l'enfance qu'aux choses plus récentes. X... ne sait plus rien visuellement de la maison paternelle. Ce souvenir lui était très présent autrefois, il l'évoquait souvent.

Il reconnut d'ailleurs peu à peu qu'il pouvait par d'autres moyens, en invoquant d'autres formes de la mémoire, continer à diriger convenablement ses affaires commerciales. Aujourd'hui, il a pris son parti de cette situation nouvelle.

Aujourd'hui, X... doit comme à peu près tout le monde ouvrir ses copies de lettres pour y trouver les renseignements qu'il désire. Il ne se souvient plus que des premiers vers de l'Iliade et la lecture d'Homère, de Virgile, d'Horace ne se fait plus pour ainsi dire qu'à tâtons.

Il énonce à mi-voix les chiffres qu'il additionne. Quand il évoque une conversation, quand il veut se rappeler un propos tenu devant lui, il sent bien que c'est la mémoire auditive qu'il lui faut maintenant consulter, non sans effort. Les mots, les paroles retrouvées, lui semblent résonner à son oreille, sensations nouvelles pour lui. Il faut qu'il fasse des efforts d'audition pour reproduire par l'écriture deux lignes que nous lui donnons à lire d'un journal du jour. En les lisant d'ailleurs, il exécute avec les lèvres des mots dont il a conscience et, privé de la vision mentale, il lui est devenu nécessaire

d'avoir recours à la parole intérieure et aux mouvements d'articulation de la langue et des lèvres pour comprendre les lignes qu'il lit.

Depuis ce grand changement survenu en lui, X... doit, pour apprendre quelque chose par cœur, une série de phrases par exemple, lire à haute voix plusieurs fois ces phrases et affecter ainsi son oreille et quand il répète plus tard la chose apprise, il a nettement la sensation de l'audition intérieure précédant l'émission de la parole, sensation qu'il ne connaissait pas autrefois. Un détail intéressant est qu'X... n'a plus comme autrefois la représentation visuelle des choses. Seule la représentation des paroles lui reste et celle-ci appartient à peu près exclusivement à la langue espagnole (la première apprise). En outre de la perte de la faculté de la représentation visuelle des objets, la cécité verbale existe chez notre malade à un certain degré. Prié d'écrire les alphabets grecs et allemands, il a omis dans la série plusieurs lettres, ainsi en grec θ, ς, σ, 6, φ, ψ, χ. Ces lettres sont tracées devant lui, il ne les reconnaît qu'après les avoir tracées lui-même et encore après d'assez longs tâtonnements, après les avoir comparées entre elles. Des mots grecs dans la composition desquels entrent les lettres en question lui sont dictés. Il les comprend et les écrit bien et délibérément tandis que pour lire les mêmes mots écrits par une autre personne, il est obligé d'écrire au préalable ces mots . On voit par là qu'il doit compenser à l'aide de la main le défaut de mémoire visuelle des mots dont il est affecté à certain degré pour certaines langues.,

Cependant, les notions appartenant à la catégorie du sens musculaire fournies par les mouvements de la main dans l'acte d'écrire ne sont pas chez lui d'une intensité exceptionnelle. En effet, si lorsque, ses yeux étant fermés, on communique à sa main les mouvements nécessaires pour écrire par exemple le mot Vienne, il est incapable de désigner le mot qu'on lui fait écrire passivement, il est obligé de le voir et de le lire pour le désigner.

Telle est la première observation de Charcot Bernard. Nous examinerons ultérieurement l'interprétation des auteurs. Le premier fait saillant est l'étendue de la perte de la vision mentale qui s'étend du souvenir des êtres chers à celui des mots. Il semble que tout ce qui est souvenir visuel soit disparu comme si une lésion avait détruit le centre hypothétique des images visuelles et celui-ci uniquement, les centres des autres images subissant une hypertrophie compensatrice. Cependant, bien qu'il existe un certain degré de cécité psychique, la profondeur de cette cécité psychique est loin d'être en rapport avec l'étendue de la perte de la vision mentale, le malade reconnaissant ses parents bien qu'ils paraissent présenter « de nouveaux traits, de nouveaux caractères dans la physionomie ». Il est de même capable de se diriger dans la ville de A... bien qu'il « lui semble entrer dans une ville inconnue ». Sans vouloir empiéter sur l'interprétation ultérieure, disons cependant que la disparition complète des souvenirs devrait obligatoirement entraîner celle de la reconnaissance des objets par la vue.

Le dernier fait remarquable, mais discutable, nous l'avons vu, est que la disparition de la vision mentale ne s'accompagne d'aucun autre trouble psychique.

Observation II (Charcot Bernard) (2). — Dans le même article, Bernard rapporte un autre cas de perte de la vision mentale toujours d'après Charcot.

Il s'agit d'un « peintre de 56 ans qui, il y a quelques mois, *sans accompagnement d'aucun autre trouble morbide*, remarqua, à son grand chagrin, qu'il avait perdu la faculté de se représenter, d'imager les choses et qu'il n'était plus bon qu'à copier ; et encore, pour copier, est-il obligé de tenir le modèle constamment sous ses yeux de façon à ne point le perdre de vue un seul instant ».

Il est regrettable de n'avoir pas plus d'amples renseignements sur l'état mental du malade. Il est possible que l'auteur, en disant qu'il n'existait aucun autre trouble morbide, ait

seulement en vue des troubles organiques, hémorragie, ramollissement cérébral susceptibles de détruire le centre des images visuelles.

Observation III (Cotard) (1). — L'année suivante, en 1884, Cotard publiait d'abord dans le *Progrès médical* ensuite dans les *Archives de neurologie*, deux cas de perte de la vision mentale chez des mélancoliques anxieux.

Le premier malade était observé depuis deux ans par Falret et Cotard. « M. P..., âgé de 68 ans, diabétique, a été placé une première fois en décembre 1872. Il était à cette époque dans un état de mélancolie caractérisé par des craintes, des frayeurs et une hésitation continuelle le conduisant à l'inaction et au refus des aliments. Il se croyait ruiné, incapable et en voulait finir avec la vie. Tantôt il restait debout dans l'immobilité, tantôt il se promenait de long en large dans sa chambre en répétant qu'il était le plus malheureux des hommes, qu'il était perdu et qu'il ne guérirait jamais. M. P... faisait les plus grandes difficultés pour manger, pour s'habiller, pour se promener. Il fallait le menacer pour obtenir de lui qu'il accomplît les actes les plus indispensables à la vie. Vers le mois de février 1873, cet état s'améliora considérablement et M. P... put retourner dans sa famille.

Un nouvel accès nécessita un nouveau placement en 1881. Les mêmes signes de mélancolie anxieuse, les mêmes conceptions délirantes se reproduisirent, mais il s'y joignit bientôt des idées hypocondriaques qui, surtout pendant un paroxysme anxieux très intense, survenu en novembre 1882, devinrent prédominantes. M. P... prétendait qu'il n'avait plus de sang, que tout son corps était pourri, qu'il allait mourir, qu'il était mort. Le même délire hypocondriaque persiste encore aujourd'hui en même temps que les idées d'incapacité, d'indignité et de perdition. M. P... s'accuse toujours lui-même, mais il s'en prend aussi aux autres ; il est extrêmement difficile à satisfaire, se plaint du froid, du chaud, de la nourriture ; une

fenêtre ouverte quand elle devrait être fermée ou fermée quand elle devrait être ouverte, suffit à provoquer une crise de désespoir. M. P... reconnaît qu'il n'est plus capable de rien, qu'il n'a plus ni énergie, ni intelligence, mais ce sont tous les mauvais procédés, toutes les contrariétés, toutes les misères dont il a été abreuvé qui l'ont réduit où il en est. M. P... se plaint que, depuis quelques mois, il lui est devenu impossible de se représenter mentalement les objets qui lui étaient le plus familier. M. P... a habité longtemps B..., il connaissait parfaitement cette ville, et après l'avoir quittée, il en avait conservé un souvenir si précis qu'il lui suffisait de fermer les yeux et de faire un léger effort de réminiscence pour qu'il lui semble voir le port, les rues, les magasins et la maison qu'il habitait. Aujourd'hui, cette opération mentale est devenue complètement impossible. M. P... ne réussit pas davantage à se représenter la ville de V..., ni la rue ni la maison qu'il a habitée depuis qu'il a quitté B... Le visage de sa femme lui apparaît encore par moments, mais très confusément. Tantôt M. P... nous dit qu'il en retrouve quelques traits, tantôt il nous assure que l'image s'est totalement effacée ».

Observation IV (Cotard) (2). Dans le même article, on trouve l'observation suivante :

« J'ai été appelé il y a quelques semaines auprès d'un homme d'une quarantaine d'années dont l'état mental donnait quelques inquiétudes à son entourage. Ce malade se plaignait d'une diminution de ses facultés intellectuelles, il se disait perdu, incapable de remplir ses devoirs professionnels et voulait en finir avec la vie. Un premier accès avec symptômes très analogues avait eu lieu il y a quatre ans et demi et avait dit-on, parfaitement guéri après un an de maladie.

L'accès actuel remonterait à environ six mois. Le malade ne dort presque pas, se promène la nuit dans sa chambre, en se lamentant. Il prétend avoir la plus grande peine à se

représenter mentalement les objets. Etant allé dernièrement passer quelques jours dans sa famille, en province, il nous raconte qu'à son retour, à peine monté dans le wagon, il lui fut impossible, malgré tous ses efforts, de se représenter les traits de ses enfants, de sa mère, et de ses sœurs qu'il venait de quitter. M... est à la tête d'un bureau de contentieux. Son travail, qui exige beaucoup d'attention, est acteullement au-dessus de ses forces. M... attribue son incapacité à ce qu'il ne peut plus se représenter mentalement et avoir présent à l'esprit les documents relatifs à ses affaires.

Observation V (Magalhaes Lemos). — Elle fut publiée en 1906 dans les *Annales médico-psychologiques* par Magalhaes Lemos sous le titre de « Perte de la vision mentale des objets (formes et couleurs) dans la mélancolie anxieuse ».

La malade est âgé de 36 ans, mariée, mère de six enfants tous « très impressionnables ». On relève de lourdes tares dans ses antécédents héréditaires : son père, atteint de paraplégie vraisemblablement éthylique, est mort dément. Sa mère souffrait de névralgies faciales. Une de ses sœurs « hystérique » a fait un accès mélancolique avec des idées hypocondriaques qui durèrent quatre ans.

Quant à elle, elle a toujours été très nerveuse, emportée. Elle a présenté des crises d'hystérie lors de sa première grossesse à 24 ans, crises qui se sont renouvelées depuis.

La maladie actuelle semble remonter au mois de septembre 1902, à la suite d'un accouchement. « A cette époque, elle avait déjà repris ses occupations comme avant l'accouchement mais elle sentait des serrements de gorge et des étouffements et avait des attaques (?) assez fréquentes survenant tantôt sans cause appréciable, tantôt à l'occasion d'une émotion quelconque. De plus, une tristesse maladive l'envahissait et elle devenait plus impressionnable. Sa tête était très faible ». Et elle ne pouvait prendre aucune décision. Dès cette époque, on note la suppression de la menstruation.

En janvier 1903, les attaques d'hystérie (?) se succédèrent presque sans interruption pendant huit jours. Son mari tombe malade avec « un abcès au cou ». Il en résulte pour elle un violent surmenage qui se traduit par de la céphalalgie avec abattement qui entrave tout travail. Elle ne pouvait rien faire « pensait à son mari et pleurait ». Elle imaginait que son mari allait mourir, qu'elle resterait seule avec ses enfants sans avoir de quoi les nourrir. Idées nettement morbides étant donné l'aisance de la malade.

Son mari guéri, la tristesse persiste, mais elle prend un autre objet : son mari, dit-elle, est ruiné, il n'a plus de ressources, ses enfants vont manquer de tout. Elle est un peu plus active, mais ce n'est qu'une apparence, cette activité étant toute automatique. En fait, elle est incapable de s'occuper vraiment de son intérieur et se plaint de son « incapacité à vouloir agir ».

C'est vers la mi-avril que l'on note la perte de la vision mentale. « J'ai subi (alors) dit elle, un changement profond. J'ai perdu la forme des choses et des personnes. Je me souviens de tout comme auparavant, mais je ne peux plus me représenter dans mon esprit ni le visage de mon mari et de mes enfants, ni l'aspect de ma maison, ni la disposition des rues, des places, des arbres... ni une orange, ni une poire ! »

Je vous reconnais, dit-elle à M. Lemos ; je me souviens de la visite que vous m'avez faite à la maison dans la salle à manger. Je sais que ma salle à manger est au premier étage, qu'il y a une grande table au centre, deux fenêtres qui donnent sur la mer, une armoire avec la vaiselle, qui est adossée au mur d'en face, des chaises autour, etc..., mais je ne puis pas me représenter ni la salle dans son ensemble, ni l'armoire avec la vaisselle dedans, ni les chaises. Je ne puis pas voir cela par la pensée comme auparavant.

C'est la même chose avec mon mari et mes enfants. Je me rappelle très bien mon mari, je sais comment il s'habille

comment il porte la barbe et les cheveux, mais je ne puis pas me le représenter.

J'ai six enfants (elle dit leur prénom et leur âge). Je me souviens très bien de tous ; je sais par exemple que mon Antoine a son petit visage encadré de boucles de cheveux blonds qui lui tombent sur les épaules ; mais quoi que je fasse, je ne peux pas me représenter dans mon esprit, ni le visage de mon fils, ni ses cheveux bouclés, ni la couleur blonde !

C'est la même chose pour les rues. Je me souviens que la rue de Santo-Antonio, vue d'en haut, descend par un déclive assez rapide jusqu'à la Praça-Nova. Je me souviens encore qu'en face et presqu'en ligne droite, monte la rue des Clerigos et qu'à l'extrémité supérieure de cette rue s'élève l'église, surmontée de sa haute tour. Je me rappelle très bien tout cela, mais je ne puis pas me figurer ni les rues avec leurs maisons, ni l'église, ni la tour, ni rien du tout !

Tiens, et pour en finir, je vous connais très bien, j'ai beau vous regarder attentivement pendant que vous êtes ici, aussitôt que vous sortez, je ne peux plus vous représenter ; et cependant je me rappelle que vous êtes maigre, de petite taille, etc... Eh bien, ça ne m'arrivait pas autrefois, et ce changement qui me transforme le monde est affreux ».

La perte de la vision mentale a été progressive. « Quand on m'a internée, dit la malade, je pouvais encore me représenter quelques-unes des choses que j'avais vues, mais petit à petit tout fut balayé de ma pauvre tête, plus de formes, plus de couleurs. Ce fut une lumière qui s'affaiblit progressivement jusqu'à s'éteindre. On peut bien dire que mon esprit est aveugle ou qu'il est dans les ténèbres puisqu'il est seulement éclairé par la lumière du jour et les objets présents... Je n'ai dans ma cervelle que des mots. Et pourtant je me souviens de tout. Si on me demande par exemple comment est ma maison, je suis à même de tout expliquer de façon que la personne qui m'écouterait pourrait se représenter tout cela dans son esprit ; et moi qui donne ces renseignements, je

n'en puis rien me figurer. Plus que cela, voici le portrait de mon fils Antoine, j'ai beau le regarder bien attentivement pour tâcher de me le représenter dans mon esprit, peine perdue ! Je ne peux plus, pas même ainsi ! »

Elle oublie même sa propre figure. Ainsi, elle ne peut plus rien visualiser. Elle ne conserve des souvenirs que leurs symboles abstraits et en particulier les mots. Laissons encore la parole à la malade. « Comme je ne puis pas me représenter ni les rues, ni les maisons, ni les personnes, il me semble que je ne suis plus de ce monde ou alors qu'il existe seulement ce que j'ai sous les yeux. Vous me parlez et moi je vous entends, je comprends tout ce que vous dites, et je vous réponds avec les mots dont j'ai la tête pleine ; mais pour moi il n'y a que des mots secs. Il me semble que je vis au milieu des mots ».

Jusqu'au premier juin, la malade était simplement déprimée ; à dater de ce jour elle devient anxieuse et elle attribue son anxiété à ce « changement du monde » par perte de sa vision mentale. « Pourquoi ne suis-je pas, mon Dieu, comme les autres folles qui peuvent voir par la pensée leurs enfants? » Le 2 juin, elle se lamente : « Ceci est pire que la cécité, parce que l'aveugle peut se représenter tout ; il peut voir avec les yeux de l'esprit tout ce qu'il a vu avec les yeux de son corps ». Cette anxiété s'aggrave les jours suivants et la malade tombe dans un état d'agitation anxieuse intense. C'est alors, et alors seulement qu'elle eut des troubles de la perception personnelle et de la reconnaissance qui furent fugaces d'ailleurs. Rien ne lui apparaissait comme auparavant. Elle regarde étonnée autour d'elle et fait les exclamations et les interrogations que voici :

« Qu'est-il arrivé au Portugal ? Je vois tout changé. Moi-même je suis bien changée (Elle regarde sa poitrine).

D. — En quoi êtes-vous changée ?

R. — On m'a coupé les seins.

D. — Ne dites pas de bêtises, vous voyez que les seins sont à leur place.

R. — C'est qu'on les y a collés.

Qu'est-il arrivé au Portugal ?... Il est arrivé une grande chose, une chose extraordinaire ! Quoiqu'il en soit, je vois tout changé.

Elle regarde le parc qui est couvert de verdure et s'écrie : « En quel état ça se trouve ! tout est sec ! »

Un peu plus loin dans l'observation, on retrouve ce mélange d'idées de négation, de transformation du monde extérieur, de reconnaissance imparfaite.

Ainsi elle se lamente : « On m'a enlevé la cervelle et les seins. On m'a arraché les yeux, les dents et on m'a coupée en morceaux ».

Ailleurs, elle interroge anxieusement : « Que s'est-il passé à Porto ? Est-ce que les tramways électriques y circulent toujours ? Qu'est-ce qu'il y a eu au monde ? Le monde n'était pas ainsi... il a subi une grande transformation ». Les reconnaissances erronées tiennent à des interprétations délirantes : « Cette demoiselle (une infirmière) est la Sainte Vierge, tiens elle porte les clefs du ciel (ce sont les clefs de l'infirmerie) ».

Une diminution de l'agitation se produit vers le 17 juin, la malade devient « triste et morne ». M. Lemos note quelques vagues idées de persécution. Mais cette accalmie dure peu et l'agitation anxieuse réapparaît le 22 juillet avec des idées de négation du monde extérieur : « Ce que l'on voit à présent, ce ne sont plus des personnes, mais des fantômes ou des marionnettes très bien faites qui se promènent, parlent, pleurent ou crient comme les gens ».

Toujours même perte de la vision mentale. Celle-ci semble s'améliorer vers le 20 juillet, tout au moins la malade ne s'en plaint plus. Par contre, elle est devenue soupçonneuse et les idées de persécution font des progrès.

La guérison se fait d'une façon remarquablement rapide vers le milieu de septembre.

Pendant toute la durée de sa maladie, la malade rêvait beaucoup et, dans ses rêves, « elle se voyait à la maison, à côté de son mari et entourée de ses enfants qu'elle entendait crier et jouer entre eux ».

La vision mentale persistait donc pendant le rêve.

Observation VI (Wimmer). — Cette malade était âgée de 50 ans lorsqu'elle entra dans un état de dépression mélancolique. Nous citons en son entier l'observation de Wimmer :

« L'affection mentale qui se déclare en novembre 1905 offre depuis l'apparence constante d'une dépression mélancolique, de temps en temps très prononcée, avec sentiment d'indignité et de culpabilité, auto-accusations, scrupules religieux ; par moments, angoisse ou phases de grande perplexité. Parfois, états mixtes passagers, avec une légère exaltation, rires, un air affairé. Mais la plupart du temps son état est caractérisé par une dépression douloureuse plus ou moins figée.

En 1909, *elle commence à se plaindre d'avoir totalement perdu la faculté de se rappeler les souvenirs visuels* : « J'ai beau essayer, je n'arrive pas à revoir en esprit l'aspect de la ville de Copenhague, ni à revivre en imagination les divers plaisirs que j'y ai eus ; c'est ainsi qu'il m'est tout à fait impossible de revoir en pensée Hévold (chanteur de l'Opéra) dans les différents rôles où je l'ai vu » ; et de même pour les autres grands artistes du théâtre, etc. L'existence toute entière lui paraît un grand néant : elle sait qu'elle a mis trois enfants au monde ; et pourtant « ça n'est pas exact ». Tout est faux. Rien de ce qui fut n'est réel. « Il n'y a pas de Copenhague, pas d'hôpital Saint-Jean ; je n'ai pas de fille, pas de parents ; je n'ai jamais eu de blanchisserie à Copenhague ; je n'ai jamais été à Copenhague », etc. En entendant le gramophone dans la salle, elle reconnaît tous les airs (de Mignon, de Figaro, etc...) et pourtant « elle ne les a jamais entendus, elle n'a jamais été au théâtre ».

Au commencement, il lui arrivait de se rappeler, en rêve,

les impressions visuelles de sa vie passée ; mais, depuis quelques années, ses rêves visuels se font de plus en plus rares. Elle reste des heures à s'efforcer de se rappeler, visuellement, ses impressions d'autrefois, des événements de famille, ses occupations journalières dans la blanchisserie, l'aspect des membres de sa famille, et, pour finir par renoncer, dans une profonde dépression à ces vains efforts.

Ses négations s'étendent même aux impressions du moment : « Il n'y a pas de fleurs, pas d'arbres dans la forêt », etc. Ses idées prennent quelquefois une nuance absolument baroque : elle n'est pas née, ne mourra jamais, vivra pendant des millions d'années, n'existe pas du tout.

Il n'y a pas de démence ou d'affaiblissement général de la mémoire dans son cas. Elle parle avec vivacité, à ses heures et raconte alors une foule de détails de sa vie passée ; mais ces accès de loquacité se terminent invariablement sur le cri agacé et désespéré : « Pourquoi faut-il que tout cela soit un mensonge ? »

Ces dernières années, elle parle de voix qui se font entendre dans sa tête : « Dès qu'elle pense à une chose (c'est-à-dire qu'elle s'efforce de se rappeler des souvenirs y relatifs), aussitôt il y a dans sa tête « quelque chose » qui nie tout cela. C'est à peine si on peut parler ici d' « hallucinations psychiques » (Baillarger) et encore moins peut-on les qualifier d'hallucinations « vraies ».

Observation VII [personnelle (service de M. le Dr Séglas)]. — Notre observation concerne une femme de 47 ans, sans profession (elle s'occupe de son ménage), d'une culture intellectuelle des plus modestes (elle sait lire et écrit avec de très nombreuses fautes d'orthographe). Rien de particulièrement saillant dans ses antécédents. Elle a toujours été très nerveuse : un regard, une parole qu'elle interprétait mal la « mettaient dans des états extraordinaires ». Très bonne mère, bonne épouse par ailleurs. Elle s'est toujours préoccupé exa-

gérément de sa santé, appelait un médecin pour un rien, avait peur de mourir au moindre malaise. Néanmoins, elle n'a jamais présenté d'accidents mentaux caractérisés.

On ne retrouve rien d'anormal dans ses antécédents héréditaires. Sa sœur est, elle aussi, un peu « nerveuse ».

La malade est entrée dans le service le 14 mai 1914 à la suite d'un transfert de Vaucluse.

Il nous paraît utile de donner la teneur de quelques certificats médicaux.

Le premier en date est signé du professeur Dupré, à la date du 1er décembre 1913.

« Dépression mélancolique avec anxiété, idées et tentatives de suicide. Sentiment pénible d'anesthésie affective. La malade aurait menacé d'étrangler ses petits enfants. Crises de gémissements, de lamentations. Insomnie. Aggravation depuis un mois d'un état mélancolique qui semble d'après les renseignements du mari, dater de 6 mois. Etat constitutionnel d'émotivité et d'irritabilité. Ménaupause depuis juin ».

Dans les certificats suivants des docteurs Briand et Dupain, il est encore question de « délire mélancolique », d' « agitation anxieuse, d' « idées hypocondriaques », d' « idées de négation des sentiments affectifs ».

Bref, il s'agit, à n'en pas douter, d'une mélancolique anxieuse. Voici, d'après le mari et la malade, l'histoire de la maladie. Elle aurait commencé il y a deux ans environ, vers juin 1912. Elle se plaignait à cette date d'étourdissements, de « troubles dans la tête », de bourdonnements d'oreilles, de « sensations bizarres de choses lui marchant dans le dos.

En novembre 1912, elle ressent une sensation des plus pénibles, de boule lui remontant dans la gorge et gênant la respiration. C'est ainsi que, pendant quatre mois, elle eut l'impression d'étouffer et que l'alimentation était devenue presque impossible. Il en résulta (?) des douleurs gastriques dont elle guérit rapidement, mais qui firent place à une céphalée en casque avec sensation de vide cérébral « sa tête était vide,

il n'y avait plus rien ». Elle consulta à cette époque de nombreux médecins pour les troubles les plus variés.

A partir de juillet 1913, elle se plaint de « ressentir sur sa poitrine comme si on avait tué toute sa famille. C'était une peine épouvantable, une sensation de grand chagrin ».

Elle va à la campagne à S. F..., et dès lors commence à gémir depuis deux heures du matin jusqu'au soir où elle se couchait épuisée. Se frappant la poitrine, elle criait crescendo « je n'aime pas mes enfants, je suis une mère indigne » ou bien encore « je veux aimer mes enfants », extériorisant ainsi « cette peine épouvantable qui lui rongeait la poitrine et son désespoir « de ne plus éprouver de bonheur avec sa famille ». Elle pressait ses enfants contre sa poitrine avec une sorte de fureur et parla à maintes reprises de se suicider. Elle avait « peur d'elle-même ».

Cette négation des sentiments affectifs semble bien réelle : pour une sœur venue de loin pour s'informer de sa santé, elle n'eut presque pas d'attention.

Ce sentiment d'anesthésie psychique s'exagère à Vaucluse où elle entre en septembre 1913. Tout en se plaignant d'éprouver « quelque chose de dégoûtant sur le cœur et dans le ventre », elle déclare d'autre part se sentir comme « une momie ». « Je suis, dit-elle, assise là comme une momie. Tout est mort dans ma tête. Je ne peux pas penser, je ne peux pas me représenter la figure de mon mari, de mes enfants. Avant que je ne parte en Alsace, je pouvais me représenter ma maison, ma famille, maintenant je ne puis me représenter aucune âme. Je ne vois plus rien, ni la gare, ni la maison, plus rien ». Depuis cette époque « sa tête et son cœur sont morts. » Elle ne peut aimer ses enfants. « La joie, dit-elle, doit venir du cœur, et bien elle ne (me) vient plus du cœur ». Elle n'a plus de sentiments. Son cœur est « tout petit, un rien du tout ». Elle ne se fait aucun reproche que celui « de ne pouvoir plus aimer ni son mari, ni ses enfants ».

Vers janvier 1914, on note une amélioration de deux mois

et demi. Elle sortit de l'asile, alla consulter divers médecins sur « la bizarrerie exceptionnelle de son cas », mais retomba bientôt dans la même agitation anxieuse.

Elle se présenta à nous le 16 mai 1914 comme une mélancolique anxieuse très agitée (sa voix est enrouée à force de gémir). Nous observons chez elle des troubles cœnesthésiques variés et multiples, des idées hypocondriaques, des idées de négation un peu particulières peu profondes portant sur ses sentiments affectifs. Ses idées de négation corporelles semblent surtout devoir être prises au sens métaphorique. Ainsi, elle dit que couchée « elle se sent morte depuis la ceinture jusqu'à la calotte crânienne », que « c'est comme creux à l'intérieur » mais elle ajoute aussitôt « je ne peux penser à quoi que ce soit ». Cependant comme nous l'avons déjà fait remarquer, elle se plaint à la fois et d' « une insensibilité de momie » et d' « une sensation épouvantable de poids et d'angoisse qu'elle ressent sur la poitrine ».

Enfin elle accuse une perte de la vision mentale qui est le leit-motiv de ses plaintes.

Nous allons maintenant découper dans l'observation ce qui a trait à la perte de la vision mentale.

C'est au mois d'août 1913, au sanatorium de Vorbrucht que la malade a remarqué les premiers troubles de sa vision mentale.

D'abord, ce ne fut qu'une diminution globale bien que portant surtout sur les traits de son petit garçon âgé de cinq ans. Puis, vers octobre-novembre, la perte de la représentation visuelle de son petit garçon s'accentue en même temps que commence à disparaître la vision mentale qu'elle a de son mari et de sa petite fille.

Vers février 1914, on note la perte de la vision mentale de son père et de ses sœurs et de tous ses parents, voire même de toutes les personnes antérieurement connues.

Ce n'est qu'en mars 1914 seulement qu'elle ne peut plus se représenter mentalement la ville qu'elle habitait étant jeune

fille et où habite encore actuellement le reste de sa famille. Vers la même date, elle perdit la représentation visuelle de son appartement.

Actuellement elle ne peut plus rien se représenter, pas plus les personnes qu'aucun des lieux où elle a vécu, mais si elle ne se plaint spontanément de ne plus voir que certains objets c'est que ce sont ceux-là seuls qui l'intéressent et ceux dont la non représentation mentale lui est plus particulièrement pénible.

Voyons maintenant en quoi consiste cette perte de la vision mentale s'exprimant dans ces gémissements ininterrompus qui lui ont cassé la voix.

« Je ne peux me représenter mon mari, je ne peux me représenter mes enfants. J'ai un père, mon seul bonheur, ma seule joie au monde... impossible de me le représenter. Je suis une femme très propre, très travailleuse, c'est toujours propre chez moi. Je dis à mon mari que je veux me représenter ma chambre, mon intérieur, je ne peux pas. Je suis comme une momie ».

On arrête le cours des lamentations en demandant à la malade :

« Votre mari est-il grand ?

R. — Je *connais* sa taille, mais je ne peux pas me représenter sa figure.

D. — A-t-il de la moustache ?

R. — Je *sais* qu'il en a, qu'elle est grisâtre, mais je ne peux pas me *la représenter devant les yeux.*

D. — Est-il gros ?

R. — Comme Monsieur (elle montre l'interne)... Mon mari a la taille de Monsieur... il a une petite moustache, mais il m'est impossible de me la représenter.

D. — Vous avez des sœurs ; dites-nous ce que vous voyez d'elles.

R. — Je *sais* qu'elles sont blondes et brunes, mais je ne peux pas me les représenter ».

Elle ferme les yeux pour voir ses enfants. Elle ne les voit pas.

Elle esasye de se représenter sa salle à manger et elle ne réussit qu'à voir un mur comme celui qui est devant elle en ce moment.

Dans un autre interrogatoire, fait quinze jours après, nous avons tenté de préciser la profondeur de la perte de la vision mentale de notre malade.

Voici tout d'abord ce qui concerne la représentation visuelle des personnes :

Son mari, ses enfants :

D. — Votre mari a-t-il une moustache ?

R. — Oui.

D. — Comment est-elle ?

R. — Châtain foncé.

D. — Sa forme ?

R. — Comme celle de M. le Docteur (elle montre l'interne qui fait l'interrogatoire), elle est repliée en bas.

D. — Est-elle plus épaisse que la mienne ?

R. — Non, à peu près comme la vôtre.

D. — Et la forme générale de sa figure ?

R. — Ronde.

D. — Son teint ?

R. — Mat.

D. — Comment savez-vous tout cela, que sa moustache est abaissée par exemple ?

R. — Je *sais dans l'intérieur* que sa moustache est abaissée mais *je ne la vois pas. Quand je regarde la moustache de M. le Docteur, je vois à peu près celle de mon mari.*

D. — Comment est son nez ?

R. — Il a un très gros nez, mais je ne peux pas me le représenter.

D. — De quelle forme ?

R. — Il a comme on dit un nez de juif ou de turc.

D. — Comment savez-vous qu'il a un nez de juif ?

R. — Parce que je l'ai entendu dire.

D. — Ses cheveux ?

R. — Grisâtres, quelques cheveux noirs comme ceux d'un homme de 56 ans. Je sais qu'il a des cheveux gris, mais je ne peux pas me les représenter.

D. — Comment est coiffé votre mari, porte-t-il une raie ?

R. — Non.

D. — Est-il coiffé en brosse ?

R. — Non, à plat.

D. — Ses yeux ?

R. — Ils sont petits.

D. — Leur couleur ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Ils sont bleus, noirs ?

R. — Ils ne sont ni bleus, ni noirs.

D. — Marrons ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Et les yeux de votre petite fille ?

R. — *Comme ceux de son père...* Mais je *sais* ceux de mon petit garçon. Ils sont absolument comme les miens c'est-à-dire bleus. *On disait toujours qu'il avait de beaux yeux bleus.*

D. — Somme toute, vous avez tous les éléments pour vous représenter votre mari ?

R. — Oui, mais *je ne les vois pas, je les sais seulement.*

Les objets :

D. — Décrivez-moi votre appartement de Paris.

R. — Il est au 3, rue S... Il n'y a que deux ateliers sur le palier Il y a un petit vestibule. Il est en longueur. Il n'est pas tapissé mais peint avec de la peinture jaune. Quelquefois mon mari y met des caisses.

Il y a quatre chambres grandes comme la pièce de l'autre côté · deux chambres à coucher, une salle à manger, etc...

D. — Qu'y a-t-il dans votre salle à manger ?

R. — *Je puis vous le dire par cœur mais je ne peux plus le voir.*

D. — Comment est fait le buffet ?

R. — Un buffet inférieur avec trois portes : une grande au milieu, deux petites latérales, j'y mets les effets de mes enfants. Au-dessous de ce buffet est un autre buffet où je mets ma vaisselle. Entre les deux se trouve un porte-assiette ; sur toutes les portes, il y a des sculptures qui ne représentent aucune figure mais des bois entrecroisés. Au-dessus du buffet existe une colonnade ».

Nous avons demandé à la malade de dessiner son buffet. Bien que dessinant fort mal, on se rend très bien compte du genre de meuble dont il s'agit.

Le 2 juin 1914, la malade reçoit la visite de son mari et de ses enfants. Le lendemain soir, en fermant les yeux, elle se représente, mais d'une façon très floue « dans une teinte sombre » sa petite fille. Pas de détails dans le visage, elle ne vit pas mentalement la couleur de ses yeux. De même, commencement de représentation visuelle de son mari.

D — Vous avez été contente de voir votre mari et vos enfants dimanche ?

R. — Oui, Monsieur, mais je n'éprouve plus le même plaisir avec eux qu'autrefois.

D. — Autrefois ?

R — Je veux dire avant d'être malade. Je voudrais les aimer comme il y a deux ans, mais je ne le puis pas.

Depuis une semaine environ, on constate une amélioration sensible. La malade gémit moins, est moins agitée. Elle donne même l'impression qu'elle gémit par habitude. Il est vraisemblable que l'anxiété et la douleur morale soient sinon disparues, du moins infiniment moins accentuées qu'elles ne le paraissent. Nous ferions la même remarque au sujet de la perte de la vision mentale que la malade reconnaît elle-même moins absolue qu'autrefois.

Les autres observations de perte de la vision mentale que nous allons relater sont très incomplètes au point de vue qui nous occupe, la perte de la vision mentale y apparaissent comme un signe épisodique ou n'ayant pas suffisamment arrêté l'attention des observateurs.

Observation VIII (Deny et Camus). — MM. Deny et Camus ont publié l'une d'elles dans la *Revue de Neurologie* de 1905 sous ce titre : « Sur un cas d'hypocondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps ». Leur malade, qui est une anxieuse, prétend ne plus sentir comme elle sentait auparavant. « Il me semble que tout mon corps est changé parfois comme s'il n'existait plus. Quand je touche un objet, ça me fait comme si ce n'était pas moi qui sentais. Je ne suis plus comme j'étais. Je ne peux pas me retrouver, je cherche à penser *et je ne peux pas me représenter.* C'est affreux cette insensibilité, ça me fait comme un vide ». En fait pas de troubles de la sensibilité, de la perception, ni de la mémoire.

Observation IX (Foerter, *Ein fall von elementare allgemeinen somotopsyche in monatschrift f. Psychiatrie und neurologie*, pp. 189-204, 1908). — Cette observation concerne encore nettement une anxieuse chez qui on ne relève, pas plus que chez la malade de MM. Deny et Camus, de troubles de la sensibilité, ni de cécité psychique, ni d'agnoscie. « C'est, dit-elle, comme si je n'existais plus, je n'ai plus la notion de moi-même, je ne sens plus ma tête... je ne vois plus comme avant, je ne peux plus rien reconnaître des personnes ou des objets. *Je ne peux plus me représenter la figure des personnes, de mon mari même, ni les objets qui me sont le plus familiers...* Quand je regarde un objet, je sais ce que c'est, mais si je ferme les yeux, il s'évanouit entièrement ; quant à essayer de me le représenter, c'est comme si je voulais me représenter l'air ».

Observation X (Œsterreich).— M. Dumas et M. Hesnard font allusion à des observations d'Œsterreich concernant des dépersonnalisés avec perte épisodique et plutôt métaphorique que réelle de la vision mentale. Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'y revenir ultérieurement.

CHAPITRE II

Interprétations des divers Auteurs

CHAPITRE II

Interprétations des divers Auteurs

Telles sont les observations de perte de la vision mentale que nous avons retrouvées. Les plus complètes concernent nettement les mélancoliques, les autres, vraisemblablement encore des mélancoliques, en tout cas des anxieux avec dépersonnalisation.

Et ce fait nous impose la recherche des rapports qui peuvent exister entre la mélancolie et le symptôme. Peut-être nous éclaireront-ils sur la genèse et la valeur clinique de la perte de la vision mentale.

Aussi dans l'étude critique des diverses interprétations distinguerons-nous d'une part le symptôme en lui-même et d'autre part sa place dans la mélancolie.

Nous lèserons légèrement l'ordre chronologique et nous rapprocherons l'une de l'autre les interprétations de Charcot et de Lemos qui, très analogues, sont d'ordre anatomique. Nous terminerons par l'interprétation clinique de Cotard.

Interprétation de CHARCOT :

Les idées de Charcot sur la perte de la vision mentale sont claires. La perte de la vision mentale doit être rapportée à la destruction du centre des images visuelles correspondantes, que ce centre soit détruit anatomiquement (ramollissement, hémorragie) ou inhibé fonctionnellement. Il s'agit en un mot d'un processus en tout analogue à celui d'une aphasie.

Et il donne comme preuve : la persistance de la perte de la vision mentale pendant le sommeil, le fait que cette perte fut durable.

Pour l'appréciation exacte de cette conception, il importe de se représenter qu'en 1884, la doctrine des localisations cérébrales battait son plein et que son principal protagoniste était tout naturellement amené à voir, dans la perte de la vision mentale, qu'il assimile à celle des images visuelles, le fait de la destruction du territoire cérébral correspondant. C'était un centre spécial de plus, une acquisition nouvelle à ajouter au tableau des localisations, c'était ainsi rétrécir l'inconnu de la carte de la corticalité cérébrale.

Bernard, résumant les idées de Charcot, écrit au sujet des amnésies partielles :

« On ne saurait méconnaître que la suppression possible et réalisée aujourd'hui dans de nombreux exemples de tout un groupe de souvenirs, de toute une catégorie d'images commémoratives sans participation des autres groupes, des autres catégories, est un fait capital en pathologie aussi bien qu'en physiologie cérébrale. Il conduit

accessoirement à admettre que ces groupes divers de souvenirs ont leur siège dans certaines régions déterminées de l'encéphale et il s'ajoute aux preuves qui établissent d'autre part que les hémisphères du cerveau consistent en un certain nombre d'organes différenciés, dont chacun possède une fonction propre, tout en restant dans la connexion la plus intime avec les autres. Cette dernière proposition est d'ailleurs aujourd'hui généralement admise par ceux qui étudient les fonctions du cerveau non seulement chez les animaux dans le laboratoire, mais encore et surtout chez l'homme par les procédés de la méthode anatomo-clinique ».

Mais une première objection s'impose. Pour pouvoir affirmer qu'il s'agissait dans les deux observations de Charcot d'une lésion anatomique, il aurait fallu de toute nécessité des autopsies confirmatives identiques. Ce n'est pas le cas. Il s'agit d'une simple supposition.

Bien plus, cette hypothèse, en temps qu'hypothèse, semble improbable.

S'il s'agissait d'une destruction du centre des images visuelles, les malades auraient en dehors de leur impossibilité de visualisation, de la cécité psychique. Ils ne pourraient reconnaître les objets par la vue seule, et seraient dans la situation de l'aveugle-né opéré de cataracte qui recouvre la vision. Or, si certains des malades trouvent étrange le monde extérieur, tous reconnaissent parfaitement les objets, seule leur représentation est impossible. En un mot, il ne s'agit pas d'une amnésie à proprement parler, les malades ont conservé toutes les images

visuelles dans leur corticalité, mais ils ne peuvent les faire revivre.

Il paraîtrait plus vraisemblable d'invoquer un processus analogue à celui des aphasies transcorticales, une rupture des fibres d'association unissant les centres psychiques supérieurs de l'idéation à celui des images visuelles.

Mais, en dehors de la tendance actuelle à ne plus admettre ces aphasies en temps que réalité anatomo-clinique et à les considérer plutôt comme une vue de l'esprit procédant d'une construction schématique, il semble que, s'il en était ainsi, les images visuelles seraient susceptibles sinon d'être rappelées volontairement, du moins de s'imposer à la conscience par l'activité automatique de l'esprit, au moment du vagabondage de la pensée, dans le rêve. Ainsi, l'argument de Charcot, la persistance de la vision mentale dans le rêve ne saurait, bien au contraire, corroborer sa thèse anatomique. D'ailleurs une explication psychologique est aussi valable, les mêmes causes agissant pendant la veille ont toute chance, à priori, de continuer leur action pendant le rêve.

Le deuxième argument tiré de la persistance du symptôme serait plus décisif, mais sa durée n'excède pas, dans l'observation de Charcot celle que l'on pourrait attribuer à la persévération par attitude mentale, fait sur lequel nous aurons à revenir plus loin.

Quant aux rapports de la perte de la vision mentale et de la mélancolie, ils semblent avoir échappé à l'attention du savant neurologiste. Sa première observation, assez succinte, ne donne que peu de renseignements sur l'état

mental de son malade ; la seconde semble devoir être rapportée à un mélancolique, en tout cas à un anxieux.

Le fait que l'auteur a adopté une théorie anatomique, qu'il attribue la perte de la vision mentale à la destruction d'un centre spécial, le dispense évidemment d'une interprétation psychologique. Il va de soi qu'une aphasie par ramollissement cérébral puisse apparaître chez un mélancolique, sans qu'il faille faire intervenir dans son interprétation le syndrome psychique.

Interprétation de LEMOS :

L'interprétation de Lemos se rapproche beaucoup de celle de Charcot. Comme lui, Lemos identifie le processus de la perte de la vision mentale à celui des amnésies du genre aphasie. Cependant, la malade de Lemos se différenciant de ceux de Charcot par la persistance de la vision mentale dans le rêve et sa guérison rapide, les détails de l'interprétation varient légèrement. Enfin, l'auteur, frappé de ce fait que sa malade était une mélancolique, étudie les rapports de la mélancolie et du symptôme.

Admettant comme établi qu'il s'agit d'une amnésie partielle, Lemos fait d'après Pitres une courte analyse des conditions et du processus normal de la mémoire sur lesquels il calque ceux de la mémoire visuelle.

Il conclut que la vision mentale est « une fonction composée de trois phénomènes élémentaires dont un seul a une localisation précise. Ce sont : l'évocation qui part des neurones de la psychicité, la reviviscence qui se fait

dans les neurones sensoriels qui emmagasinent les images visuelles et la reconnaissance qui s'opère dans des éléments anatomiques autres que ceux qui servent aux perceptions simples ou à l'élaboration des idées ».

La perte de la vision mentale peut tenir : à un défaut d'évocation, à un défaut de reviviscence ou à un défaut de reconnaissance. Eliminant ce dernier processus, il attribue la perte de la vision mentale dans le cas de Charcot à un défaut de reviviscence par lésion du centre cortical des images visuelles, c'est-à-dire à une lésion comparable à celle des aphasies nucléaires et située à la partie interne du lobe occipital (Monk, Brissaud, Vialet). Il attribue la perte de la vision mentale chez sa malade à une trop grande faiblesse de l'excitation évocatrice qui ne tient pas ici à « un affaiblissement initial à sa source de l'activité idéative », mais à une lésion des fibres d'associations unissant la région où se fait cette stimulation évocatrice et le centre des images visuelles. Il s'agit donc d'un processus analogue à celui des aphasies sous-corticales ou de conductibilité, le processus pouvant d'ailleurs être lésionnel ou fonctionnel. Ici, en effet, l'amnésie guérit rapidement, ne persistait pas pendant le rêve, le libre jeu de l'automatisme cérébral éveillant alors les images absentes pendant la veille.

L'interprétation de Lemos nous paraît inacceptable, et pour les mêmes raisons que celle de Charcot. Il s'agit là encore d'une simple assimilation sans preuves anatomiques et d'une assimilation pathogénique à une variété d'aphasie dont la réalité anatomo-clinique semble actuellement incertaine.

Etudiant les rapports de la perte de la vision mentale et de la mélancolie, Lemos, de par la pathogénie qu'il a donnée du symptôme, ne peut que l'envisager du point de vue de la répercussion de la perte de la vision mentale sur la mélancolie et on conçoit qu'elle soit considérable.

Pour lui, ce remarquable phénomène est susceptible de créer ou tout au moins d'exagérer très notablement l'anxiété de ces malades, s'efforçant en vain de se représenter êtres et objets. On le conçoit aisément lorsqu'on songe au caractère presque douloureux, inquiétant, quelquefois poignant et même dramatique de certains oublis normaux. Or ici, c'est une abolition de tous nos souvenirs visuels qui, nous le verrons plus loin, ont une si large part dans la constitution de notre personnalité. Lemos insiste aussi sur le sentiment d'étrangeté du monde extérieur déterminé par la perte de l'image visuelle. En raison du défaut de représentation des attributs visuels des objets et des êtres, ceux-ci deviennent pour les malades « des mots, des idées vides de sens ».

En somme, la perte de la vision mentale peut engendrer certains symptômes de la mélancolie et parmi les plus importants, mais elle-même n'est pas un symptôme de la mélancolie et son origine ne doit pas être recherchée dans l'état psychique de ces malades.

Interprétation de COTARD :

« Ces deux malades peuvent être regardés, dit Cotard, comme des types de mélancoliques anxieux, le premier évoluant vers ce que j'ai applé le délire des négations.

Il m'a paru intéressant de noter la coexistence avec cette forme vésanique de la perte de la vision mentale. On ne peut s'empêcher de supposer qu'il y a là en effet autre chose qu'une coïncidence fortuite. Si la perte de la vision mentale était un fait ordinaire chez les anxieux chroniques, on serait invinciblement entraîné à considérer la négation systématisé comme un délire greffé sur le trouble psycho-sensoriel, comme une interprétation maladive du phénomène. Malheureusement les recherches cliniques propres à élucider ce problème sont fort difficiles.

Les anxieux chroniques sont pour la plupart hors d'état de répondre à des questions qui exigent certaines facultés d'analyse psychologique. On ne peut guère demander à des aliénés, s'ils se représentent mentalement les objets qu'ils nient avoir jamais existé; la plupart d'entre eux ne répondent même pas aux questions qu'on leur adresse. Il faudrait saisir le moment probablement très fugitif, sauf dans quelques cas exceptionnels comme ceux que je viens de citer, où, la perte de la vision mentale étant accomplie, le délire corrélatif ne s'est pas organisé.

Il faudrait encore étudier s'il n'y a pas quelque chose d'analogue à la perte de la vision mentale, un diminutif de ce symptôme chez les mélancoliques simples qui ne se plaignent de ne plus voir les objets que, confusément, de ne plus les reconnaître et qui se sentent séparés comme par un voile de la réalité extérieure ».

D'autre part étant donné l'influence bien connue des images sur les sentiments et l'intelligence, Cotard se demande si l'affaiblissement réel et profond que l'on ren-

contre dans certains cas de mélancolie passant à la chronicité ne doit pas être attribué à la perte de la vision mentale.

Dans un autre article il donne à la perte de la vision mentale une grande importance dans la genèse de l'anxiété des mélancoliques.

Ainsi, d'une façon générale, Cotard n'étudie pas le symptôme en lui-même, n'étudie pas la genèse de la perte de la vision mentale. Il la pose comme un fait de grande importance susceptible d'engendrer des manifestations capitales de la mélancolie. Elle est primitive, les idées de transformation du monde extérieur et leur corrollaire les idées de négation et parfois aussi l'anxiété lui sont secondaires.

Les interprétations de Cotard et de Lemos ayant de nombreux points de ressemblance nous les réunissons dans la même critique.

Certes nous pensons également que la perte de la vision mentale puisse exagérer l'anxiété, amener de la dépersonnalisation, exagérer les idées de négation, mais nous la croyons incapable de les créer.

Nous ne basons pas notre conviction sur des interprétations psychologiques mais sur la disparition tardive de la vision mentale au cours de la mélancolie : huit mois après son début dans l'observation de Lemos, neuf mois dans la nôtre. Cette localisation dans le temps par rapport à la succession des divers symptômes mélancoliques nous paraît un fait capital propre à éclairer la pathogénie du symptôme.

Longtemps en effet avant son apparition, les malades

ont présenté des troubles cénesthésiques variés, particulièrement multiples et profonds dans notre observation. Ce sont eux vraisemblablement qui ont déterminé l'anxiété et amené les idées d'étrangeté du monde extérieur.

Cette anxiété était à son summum quand disparut la vision mentale chez notre malade. Il en était de même pour la malade de Lemos. Quant aux troubles de la personnalité, aux idées d'étrangeté du monde extérieur auxquelles sont si intimement liées les idées de négation leur ordre d'apparition par rapport à la perte de la vision mentale, est irrégulier ; il ne saurait donc être question d'établir un rapport de causalité, une filiation entre ces divers symptômes. Ajoutons enfin que la perte de la vision mentale s'observe chez des mélancoliques qui, c'est le cas de notre malade, ne présentent pas d'idée de négation. Nous ne pouvons dès lors souscrire à l'hypothèse généralisatrice de Cotard sur l'origine des idées de négation des mélancoliques. Et d'autre part l'anxiété des négateurs mélancoliques nous paraît procéder des mêmes causes qui l'engendrent dans la mélancolie classique, où elle apparaît comme un phénomène habituel et pour ainsi dire constitutionnel.

Nous ferions les mêmes remarques au sujet des idées de dépersonnalisation qui s'observent manifestement chez des malades ne présentant pas de troubles de la vision mentale.

Il subsiste néanmoins que la perte de la vision mentale coexiste souvent avec une anxiété particulièrement marquée, des troubles de la personnalité et des idées de négation. Au sujet de ces dernières on pourrait se demander

si cette déficience de la mémoire imaginative est bien réelle ou s'il s'agit simplement d'une idée de négation. Ce serait en tout cas une idée de négation singulière par le fait de son étroite localisation à des opérations psychiques.

CHAPITRE III

Analyse du symptôme

CHAPITRE III

Analyse du symptôme

Ce qu'est effectivement la perte de la vision mentale des mélancoliques

Dans l'étude critique précédente, nous avons situé la perte de la vision mentale au cours du développement des symptômes de la mélancolie et nous l'avons vue apparaître une fois l'affection nettement constituée. Analysons maintenant en suivant pas à pas les observations en quoi elle consiste exactement.

Les malades nous affirment ne pouvoir se représenter « objets ou êtres sur terre ». Or l'interrogatoire méthodique démontre leur connaissance normale de tous les détails de l'objet dont nous leur demandons la description. Bien plus, certains d'entre eux décrivent avec une exactitude et une richesse de détails qui supposent une remarquable mémoire, et fait penser par la reproduction fidèle et monotone à ce que Dugas appelle la mémoire

brute. Les malades en conviennent d'ailleurs, celle de Lemos dit qu'elle pourrait décrire avec tant d'exactitude telle rue de Santo-Antonio, que vous pourriez la reconnaître dans la ville.

D'autres fois, comme dans notre observation, la malade est incapable d'une description suivie et il faut lui arracher détail par détail. Mais ici encore l'expression est juste et les détails sont exacts. Comment dès lors admettre la perte des représentations visuelles. Lorsque notre malade nous dit « mon mari a la moustache comme la vôtre, un peu tombante et repliée en bas ». Nous ne pouvons croire qu'elle ne voit pas mentalement, pour nous la décrire, la moustache de son mari. Comment pourrait-elle dessiner, avec tant d'exactitude, le buffet de sa salle à manger, si elle ne pouvait se le représenter ?

Quand on s'étonne et met en doute la réalité de leur perte de la vision mentale, les malades vous répondent que la connaissance qu'ils paraissent avoir des objets et des personnes n'est pas le fruit d'une représentation mais le résultat d'un raisonnement. Ainsi lorsque nous demandons à notre malade la couleur de la moustache de son mari, elle nous dit qu'elle doit être noire avec quelques poils blancs comme celle d'un homme de son âge. Elle veut dire par là qu'elle ne la voit pas mentalement et que la connaissance qu'elle en a est d'ordre tout intellectuel, la conséquence d'un syllogisme.

D'autrefois elle fait intervenir la simple mémoire auditive verbale. C'est ainsi qu'elle nous répond que les yeux de sa petite fille sont bleus, car elle a entendu dire qu'ils étaient de la couleur des siens.

Bien plus, non seulement les représentations visuelles ne précèdent pas en les conditionnant leurs expressions verbales, mais les mots qui les décrivent n'évoquent pas leur image symbolique normale. Eux aussi ont perdu toute valeur représentative et spécifiquement émotionnelle. Ils sont vides, froids, ne signifient plus rien.

On conçoit que de telles explications ne soient valables que pour un petit nombre de faits et que la description d'une rue de ville, des détails d'un visage ne puisse être acquis par une série de recoupages de ce genre.

L'impression, inexacte d'ailleurs, qui se dégage de l'étude de ces malades est qu'il se glisse dans leur dires comme un peu de mauvaise foi. On acquiert l'intime certitude qu'ils voient mentalement, malgré toutes leurs dénégations, les éléments des objets, mais qu'il manque un attribut essentiel à ces souvenirs qu'ils ne veulent plus reconnaître comme tels. Au surplus, toutes les explications qu'ils donnent pour affirmer la perte de leur vision mentale semblent faites simplement pour vous persuader que leur mémoire imaginative n'est plus ce qu'elle était avant.

D'ailleurs, si nous poussons à bout notre malade, elle nous fait une remarque qui éclaire singulièrement la nature de sa perte de la vision mentale : « Je ne vois plus les objets et les êtres avec les yeux de mon corps, mais avec ceux de mon esprit », remarque dont on comprend toute l'importance, quand on la rapproche de celle-ci : « les choses sont ternes, sans couleur ; quand je vous décris les objets, je vous dis des mots vides qui n'ont pas de sens pour moi ». Et ces mêmes malades se lamen-

tent de ne pouvoir, malgré tous leurs efforts, aimer leur mari, leurs enfants.

On voit qu'il existe ici des troubles profonds de l'affectivité, des idées d'étrangeté du monde extérieur, de dépersonnalisation légère avec tendance aux idées de négation.

Nous n'irons pas plus avant dans l'analyse du phénomène. Nous dirons seulement qu'une fois apparue la perte de la vision mentale continue à être le sujet des lamentations des malades, même lorsqu'en réalité la vision mentale est redevenue depuis longtemps normale, et ceci par un fait de persévération, d'attitude mentale (Séglas) si fréquent en clinique psychiatrique.

CHAPITRE IV

Pathogénie de la perte de la Vision mentale des mélancoliques

CHAPITRE IV

Pathogénie de la perte de la Vision mentale des mélancoliques

Nous avons exposé dans l'étude critique des interprétations des divers auteurs la façon dont nous envisageons les rapports de la mélancolie et de la perte de la vision mentale. Alors qu'ils considèrent le symptôme en question comme un symptôme quelconque non contingent à la mélancolie, et qu'ils font dériver de lui des éléments essentiels de cette affection, nous avons montré au contraire en nous basant sur l'ordre d'apparition des diverses manifestations morbides, qu'il faut renverser la proposition précédente, expliquer la perte de la vision mentale par l'état psychique du mélancolique et non celui-ci par celui-là. C'est donc dans la mélancolie elle-même que nous rechercherons l'origine de la perte de la vision mentale.

Nous avons vu d'autre part, en étudiant la nature de la perte de la vision mentale accusée par nos malades qu'elle n'est pas le fait de la perte des images visuelles constitutives du souvenir. C'est que le souvenir est plus

que l'image envisagé comme une copie de la perception. Il nous apparaît comme une triple synthèse sensorielle, personnelle et affective. La perte de la vision mentale ne consiste donc pas ici en une disparition des images visuelles, mais en une déficience du souvenir ; elle est la traduction, pour parler en psychologue, d'un trouble de la mémoire organisée par opposition à la mémoire brute qui, elle, semble peu touchée.

La vision mentale, en effet, est une forme de la mémoire imaginative (Roustan), la mémoire imaginative visuelle. Elle consiste à rendre présent à la consience des objets antérieurement perçus par les yeux et ceci en l'absence de ces objets.

Certes la vision mentale est cela, mais elle est plus encore et la preuve en est qu'on pourrait définir de la même manière l'hallucination. De fait un semblable processus aussi strictement limité existe mais il est voisin du domaine de la pathologie. C'est le cas rapporté par Reynolds de ce clergyman qui, croyant dire du nouveau, répétait mot pour mot le sermon qu'il avait prononcé le dimanche précédent.

Dans le même ordre d'idées, Ribot rapporte d'après Macaulay le fait suivant : Wycherley, à la fin de sa vie, écrivait « de la meilleure foi du monde, sans se douter qu'elles ne lui appartenaient pas » des phrases qui lui avaient été lues la veille. C'est à des faits de cet ordre que Dugas a donné le nom d'hallucination en le détournant de son sens psychiatrique, et que Maine de Biarn avait, avec plus de justesse à notre avis, qualifié « d'imagination » (dans son sens étymologique).

Si un tel souvenir est incomplet et ne mérite pas en réalité cette appellation de souvenir, c'est qu'il lui manque sa qualité essentielle, d'être reconnu comme tel, de s'imposer à l'esprit comme une réédition d'une chose antérieurement perçue, qu'il lui manque la marque du « déjà vu ». Or, ce phénomène du « déjà vu » qui, pour Ribot, n'est qu'un facteur de luxe dans l'évolution de la mémoire, apparaît au contraire comme une qualité essentielle du souvenir et même comme son caractère spécifique aussi bien de par les données de l'introspection (Bergson, Dugas) que par celles de l'expérimentation (Philippe, Abramowski) et ceci quelle que soit la nature intellectuelle motrice ou émotionnelle qui conditionne cette reconnaissance.

Mais cette reconnaissance à l'état de « déjà vu » est insuffisante pour constituer un souvenir complet. Je puis me représenter les traits d'un individu que je sens avoir vu autrefois; si je n'arrive pas à situer cette rencontre psychique dans le temps, au milieu des circonstances du moment, si je ne puis en un mot lier à cette image la notion complexe de ma vie d'alors et celle-ci à ma personnalité actuelle, revivre le passé dans le présent, je n'aurai qu'une représentation vague, bizarre, étrange et même inquiétante. C'est ce qui peut arriver anormalement à l'état de santé et s'observe normalement chez les dépersonnalisés.

En somme, la vision normale est une représentation à la conscience d'objets antérieurement perçus par les yeux et en l'absence actuelle de ces objets, représentation qui porte avec évidence la marque du déjà vu et d'un déjà

vu que l'esprit s'approprie en le localisant dans le système complexe qui constitue notre personnalité.

Mais une telle définition ne fait que résumer les caractères pour ainsi dire extérieurs de la vision mentale, l'œuvre de l'activité de l'esprit. Grossièrement, elle suppose une triple synthèse : synthèse tout d'abord des éléments représentatifs que l'esprit rassemble et hiérarchise, puis une synthèse personnelle qui consiste dans une appropriation du souvenir au moi, synthèse affective enfin intimement liée aux précédentes, et dont l'importance apparaît actuellement comme primordiale.

Que ces divers processus se trouvent pervertis, entravés par l'évolution de la mélancolie et de quelle façon, c'est ce que nous allons maintenant essayer de montrer et, ce faisant, nous pensons pouvoir toucher du doigt l'origine de cette perte de la vision mentale qu'accusent nos malades.

Tout d'abord, le souvenir suppose un travail actif de l'esprit. Il ne se présente pas en effet à la conscience comme une construction toute faite mais comme une reconstruction au moyen de matériaux en notre possession, et parfois même nous avons conscience de cet effort. Ce qui prouve la réalité de cette activité de notre esprit, c'est que nos images ne sauraient être considérées comme une copie de leurs perceptions originelles. Leur conservation en effet n'est ni intégrale, ni exacte et on peut se demander même si l'on peut parler de conservation.

Que voyons-nous en effet mentalement lorsque nous évoquons un objet ou un être connu ? une silhouette générale qui s'impose à nous avec un caractère de vérité et de réalité saisissante, qui nous paraît riche de détails au premier abord. Mais si nous l'analysons et la comparons à l'original nous nous apercevons vite de sa pauvreté en détails exacts, bien plus un grand nombre de détails que nous avions cru réels nous apparaissent comme le fruit de notre imagination ou d'un raisonnement inconscient. C'est alors que nous nous étonnons d'avoir pu, avec d'aussi maigres et mauvais matériaux, constituer une image mentale qui nous parle avec tant de vraisemblance.

Il n'en est pas toujours ainsi et les cas normaux et pathologiques de reproduction parfaite des perceptions sont trop connus pour que nous y insistions. Ici la mémoire, pour ne pas dire le souvenir, n'est qu'une copie de la sensation, sa répétition pure et simple. On a pu dire d'elle, qu'elle avait « l'exactitude, la fidélité absolue objective et impersonnelle d'une plaque photographique ». Mais cette forme de mémoire qualifiée de « physiologique » par W. James, de mémoire brute par Dugas qui, pour Paulhan, constitue le vrai souvenir, correspond par certains caractères au souvenir pur de Berghson ne présente pas d'intérêt pour nous qui nous sommes placés au point de vue de la vision mentale normale habituelle. D'une part tous les auteurs sont d'accord pour constater la rareté et l'infidélité de tels souvenirs, d'autre part leur rappel est automatique et ne dépend pas de notre volonté ; nous n'avons pas de prise sur eux en raison de

leur isolement de « notre système des images passées et présentes » (Dugas) et ce, par une non intervention dans leur constitution de la synthèse mentale. Ainsi, de tels souvenirs ne peuvent nous être d'aucune utilité. Or la mémoire organisée, qui seule nous intéresse, emprunte comme la précédente des éléments représentatifs mais intervient dans leur agencement comme nous allons maintenant l'indiquer.

Nous allons, pour bien faire comprendre le rôle actif de l'esprit dans nos représentations, montrer le caractère instable, la variabilité de l'image au point de vue de son contenu représentatif et, ce faisant, la prépondérance de l'activité intellectuelle dans sa formation. Le mot image fait illusion en évoquant malgré nous une idée de phénomène physique, d'empreinte cérébrale et certains psychologues n'admettent-ils pas, comme Dugald-Stewart l'égalité de tous les cerveaux devant la mémoire ? Cependant l'enquête de Galton et les travaux ultérieurs de Charcot ont démontré la variabilité du genre des images suivant les individus, sinon leur instabilité et leur transformation chez le même sujet.

Ce sont ces variations, ce caractère instable de l'image, le rôle enfin de l'activité de l'esprit dans sa genèse qu'a étudiés Philippe dans son livre sur les images mentales. Pour ce faire, il a utilisé la méthode de l'introspection et des tests mentaux et a étudié la dissolution de l'image en faisant dessiner à des intervalles variables le même objet perçu par la palpation à diverses personnes. Les résultats sont variables. Tantôt il se produit une simplification de l'image primitive qui garde son caractère tout en évo-

luant vers le type (influence de la systématisation de l'esprit), tantôt la simplification fait dévier l'image vers un autre type (une fleur de lis devient une croix grecque); tantôt l'image se surcharge de détails imaginaires affirmés comme réels ou admis seulement comme probables de par la logique ; tantôt enfin « l'image disparaît par confusion au lieu de se généraliser par abstraction ». Dans tous les cas on note l'intervention de l'activité intellectuelle dans ses processus de simplification, de généralisation, de fusion des images, dans son besoin de symétrie et de logique. Finalement, Philippe distingue dans la formation de l'image : « une couche extérieure qui lui fut apportée par raisonnements ou associations, grâce à des sortes d'interférences ; puis juste au-dessous d'autres éléments encore étrangers à l'image proprement dite, mais qui y prennent place simplement parce qu'il faut là où ils sont quelque chose dans leur genre » ; ces éléments sont figuratifs intégrés à l'image, mais n'appartenant à aucun titre à la perception originelle. Ils ont été introduits après coup « pour les vides à combler et les absences dont l'oubli nuirait à la bonne contenance de l'image... Enfin aux frontières mêmes de l'image et sur ses limites les détails généraux qui lui appartiennent déjà en propre, sans néanmoins être réservés à elle seule ». Toutes ces couches concentriques forment la zône extérieure de l'image. Quant à l'élément vraiment représentatif puisé dans la perception originelle, il se présente tout d'abord comme un ensemble confus. L'esprit procède par masses le plus souvent colorées, à la façon des peintres qui brossent de larges indications dans lesquelles apparaîtront

plus tard des détails discontinus, fragmentaires. Fait remarquable, alors que l'ensemble s'esquisse rapidement dans l'esprit, s'y affirme avec une certitude plus ou moins grande, les détails au contraire ne viennent que plus lentement appelés par le sentiment qui se joint à la vision mentale de la silhouette. Ils sont de plus moins nets qu'ils ne le paraissaient au début « s'échappent quand on veut les fixer, se dérobent quand on veut les saisir ».

Quant au cœur même de l'image, à son « noyau central », contenant les éléments intacts de la perception originelle, il est extrêmement réduit, mais constitué de détails « nets et précis », touchant de près à « l'hallucination ». De plus, ajoute Philippe, « les images qui le possèdent ne sont pas nombreuses et dans ces images, ces éléments ne recouvrent jamais une grande superficie ».

Tout récemment, Abramowski, dans son livre sur le subconscient normal, a développé singulièrement les idées de Philippe en utilisant la méthode des tests alliée à celle de l'introspection. Il arrive à la conclusion de la dualité constitutionnelle du souvenir dont le noyau central de nature non représentative est la partie essentielle. Il donne une preuve directe du rôle primordial de notre activité intellectuelle dans la formation des éléments représentatifs de l'image visuelle en inhibant précisément cette intellectualisation de la vision par l'artifice d'une distraction survenant pendant ou dans l'intervalle des visions des objets à décrire. Or la distraction a pour effet de diminuer le nombre des détails perçus, d'entraver le perfectionnement du souvenir dans la vision

multiple, perfectionnement qui ne tient pas à la sommation des impressions, mais à un travail de l'esprit comme le montre le résultat identique au point de vue du nombre de détails remémorés, d'une série de visions distraites et d'une seule vision également distraite. Ce travail de synthèse mentale dû en partie à l'intervention des mots « instruments de l'activité intellectuelle » se fait non seulement pendant la vision mais aussi et surtout dans leur intervalle.

En somme, de par l'introspection et de par l'expérimentation, la partie représentative du souvenir nous apparaît conditionnée par l'activité intellectuelle.

Examinons donc l'action de la mélancolie sur l'activité intellectuelle, la synthèse mentale et par conséquent sur le processus du souvenir dans lequel elle intervient.

La synthèse mentale paraît fort troublée dans la mélancolie, le fait a été reconnu par la plupart des auteurs et notre maître Séglas y a particulièrement insisté dans son livre sur le délire des négations. L'état de dépression générale dont souffrent les malades se traduit, du côté moteur de la vie psychique, par un ralentissement global du courant des idées, particulièrement de celles qui sont évoquées par l'esprit. Il en résulte une lenteur plus ou moins considérable de l'associaton ou même sa perversion, l'association par contraste si fréquente chez les mélancoliques ne semblant bien ne traduire que la paresse de l'esprit. D'autre part, ce même processus détermine une déficience de l'attention soit de « l'effort intel-

lectuel le plus élémentaire de notre esprit » notre arme de lutte contre l'automatisme.

Si maintenant, nous examinons à ce point de vue nos malades, nous constatons qu'ils conservent les éléments visuels représentatif des objets, mais tout au moins chez certains, il sembe qu'ils soient dissociés, n'apparaissant que lentement les uns à la suite des autres, l'image qui vient,chassant la précédente et ne contenant rien de celle-ci. Tout se passe comme si ces malades ne pouvaient faire l'effort suffisant pour lier l'élément visuel actuel à celui qui le précède et au suivant, comme si chacun occupait un compartiment étanche. Ils ont manifestement de la difficulté à chasser les pensées et images qui se déroulent automatiquement dans leur conscience et à fixer leur attention sur un objet déterminé et à en faire revivre les détails qui ne s'appellent plus les uns les autres comme normalement. Et ces détails, ils ne peuvent les grouper et les hiérarchiser en une rapide synthèse.

Mais si ce défaut de synthèse mentale peut être invoqué, en particulier chez notre malade, il ne saurait l'être en aucune façon chez celle de Lemos qui était capable de vous décrire avec tant d'exactitude la rue qu'elle habitait. La déficience de la synthèse mentale ne résume donc pas dans tous les cas et à elle seule la perte de la vision mentale.

Aussi devons-nous rechercher si la perte de la vision mentale ne proviendrait pas d'un défaut d'appropriation au moi des images visuelles.

Nous avons vu en effet qu'à la synthèse des éléments représentatifs, se joint une synthèse personnelle consis-

tant d'une part en une attribution du souvenir au moi et d'autre part en une localisation de cette représentation dans cette continuité du souvenir qui est notre personnalité psychique cependant que l'esprit tout en différenciant cet état actuel de notre présent et l'attribuant au passé vit néanmoins ce passé.

Or ce qui, dans cette synthèse, apparaît comme le plus important est précisément ce qui passe inaperçu tant cette opération « va de soi », paraît « simple et naturelle », nous voulons parler de ce processus étudié par JANET sous le nom de « personnification ». Elle consiste pour la personnalité à s'approprier le souvenir comme sien et non simplement comme un état de « déjà vu » simplement intellectuel. Or nous ne remarquons toute l'importance de cette opération que lorsqu'elle vient à manquer comme il arrive chez les dépersonnalisés et c'est en effet sa déficience qui est l'origine de ce sentiment d'étrangeté et du monde extérieur et d'eux-mêmes dont se plaignent ces malades.

Nous signalerons en passant que le phénomène inverse par certains côtés du précédent, le sentiment de fausse reconnaissance, l'illusion du « déjà vu » peut s'expliquer également par une désagrégation de la synthèse mentale sous l'influence de l'inattention au moment de la première impression qui passe ainsi dans le subconscient. Elle en est tirée sans effort par une deuxième perception consciente qui se juxtaposant à la première la fera apparaître comme une réédition. Or, cette synthèse personnelle est profondément troublée chez les mélancoliques et particulièrement chez nos malades du fait des troubles

profonds de la cénesthésie générale et cérébrale, qui contribue si puissamment avec la continuité de nos souvenirs à nous donner la notion de notre « moi ». Ces malades dans leurs perceptions internes se sentent différents d'autrefois et la répercussion cérébrale de ce trouble des perceptions internes sur leurs perceptions externes leur fera trouver les objets étranges, pas comme avant. On sait d'ailleurs avec quelle fréquence se rencontrent les troubles de la personnalité chez les mélancoliques et les anxieux. Et, de même que certains d'entre eux sont amenés à nier la réalité d'une partie de leur corps ou du monde extérieur parce que les trouvant étranges et étrangères, de même nos malades nient, pour la même raison, la réalité de leurs souvenirs visuels.

C'est en ce sens que M. Seglas attribue la perte de la vision mentale à un trouble de la synthèse mentale.

CHAPITRE V

Synthèse mentale et douleur morale

CHAPITRE V

Synthèse mentale et douleur morale

La perte des souvenirs visuels qu'accusent nos malades peut donc être *logiquement* attribuée à une déficience de leur synthèse mentale résultant de leurs troubles cénesthésiques et psycho-moteurs, ces deux radicaux des états mélancoliques. Ceux-ci, en outre, par les sentiments d'inquiétude diffuse et d'impuissance psychique qu'ils déterminent, engendrent la douleur morale comme l'a montré M. Séglas, et cette douleur morale réagit à son tour sur les synthèses mentales pour les dissocier.

Nous ne saurions admettre en effet la distinction fondamentale, de nature, établie par M. Dumas entre la tristesse active des mélancoliques anxieux et la tristesse passive des mélancoliques déprimés qu'il qualifie encore d'inertie morale. La comparaison de l'attitude d'un mélancolique déprimé et de celle d'un dément précoce qui, lui, est bien moralement inerte, nous semble suffisamment démonstrative et il paraît jusqu'à l'évidence qu'il

ne saurait être établi d'anologie entre eux quant à leur état psychique.

Surtout nous ne saurions souscrire à cette équation psychologique : excitation douloureuse = activité mentale ; tristesse passive = inertie morale, pas plus d'ailleurs qu'à cette autre proposition « la douleur morale est tonique, excitante, évocatrice, elle triomphe un moment de l'inertie... »

En fait il n'y a, du point de vue de la douleur morale des mélancoliques, qu'une différence de degré et non une différence qualitative. La preuve en est qu'un même malade peut être suivant les moments simplement déprimé ou anxieux, que toujours une période initiale plus ou moins longue de dépression a précédé l'anxiété et alterne par la suite avec elle.

Nous ne saurions mieux comparer les variations de la douleur morale des mélancoliques qu'à celles de la douleur physique de ces blessés qui souffrent constamment, mais à qui les paroxysmes douloureux arrachent seuls des cris. Il est permis de supposer que de même que la perturbation cénesthésique générale se traduit par cette dépression triste, de même les crises cénesthésiques se traduiront par l'anxiété et l'angoisse. D'ailleurs la dépression n'exclut pas l'anxiété ; seulement elle ne se traduit pas au dehors par cette agitation physique qui, portée à l'extrême, fait ressembler parfois le mélancolique à un maniaque. « Au fond se cache toujours un état d'inquiétude morale plus ou moins accentué et qui atteint son maximum dans ces cas de stupeur qui, sous une apparence d'immobilité, d'inertie extrême, résulte

d'un état de délire anxieux tellement profond qu'il accable le malade et lui enlève même toute apparence de réaction extérieure » (Séglas).

Ainsi donc, la méancolie dépressive et la mélancolie anxieuse ne diffèrent que par leurs manifestations extérieures mais ont un fond identique et il ne saurait être question de tristesse active pour les uns et de tristesse passive pour les autres. La mélancolie avec stupeur n'est-elle pas la forme où l'anxiété atteint son maximum ? Et si les paroxysmes anxieux s'accompagnent de manifestations réflexes d'automatisme psychologique, on ne saurait en conclure qu'ils déterminent un renforcement des synthèses mentales. La monotonie des lamentations, des gémissements, leur pauvreté représentative l'indiquent avec évidence. Bien plus, les paroxysmes anxieux se traduisent souvent par de l'incohérence ou « par une répétition plus grande des mêmes idées ou plus exactement des mêmes paroles qui sont alors plutôt une simple décharge motrice en rapport avec un état affectif intense que l'impression d'une pensée précise » (Masselon).

C'est que, comme le fait remarquer M. Séglas, les grandes douleurs morales, de même que les grandes douleurs physiques, ont une action inhibitrice sur les activités physiques et psychiques ou perturbent ces activités, la volonté s'attachant « comme convulsivement à un objet (idée fixe) ou bien encore en provoquant « une détermination violente, rapide, souvent sans but (impulsion) » (Seglas). Dans les deux cas, il est évident qu'elle n'agit pas en renforçant les synthèses mentales, mais plutôt en les dissociant, les processus précédents n'étant

qu'une traduction de l'automatisme. Plus ordinairement « du côté intellectuel, tout effort deviendra impossible comme paralysé ». C'est que la douleur absorbe tout dans la conscience et rien de ce qui n'est pas elle ne peut s'y maintenir.

M. Dumas, d'ailleurs, admet, à l'instar de P. Janet, que « l'émotion qualifiée désagrège les synthèses mentales, fragmente et dissémine tous les systèmes d'idées, de représentations ou d'images qui se formaient dans l'esprit (Dumas) ».

Nous sommes donc en droit de conclure que l'anxiété (et nous avons vu que la perte de la vision mentale s'observe surtout dans la mélancolie anxieuse) est un facteur de dissociation des synthèses mentales et par conséquent peut intervenir dans la dissolution de la vision mentale de nos malades. Ainsi, d'une part, le ralentissement de la psychomotricité abaisse le potentiel et intervient dans la genèse de la douleur morale, d'autre part celle-ci réagit à son tour sur les synthèses mentales qu'elle dissocie.

L'observation montre en effet, comme nous l'avons indiqué antérieurement, que l'anxiété est antérieure à la perte de la vision mentale, que celle-ci ne se développe qu'une fois que celle-là a atteint son maximum. Son évolution est parallèle à celle de l'anxiété, croît et disparaît avec elle. Ce parallélisme avait frappé Lemos. La perte de la vision mentale de sa malade a été, dit-il « accompagnée par l'anxiété comme par son ombre », même maximum, même déclin. Comme nous, Lemos se refuse à voir là une simple coïncidence, mais bien un rapport

de cause à effet. Seulement, il fait de la perte de la vision mentale l'origine de l'anxiété qui devient ainsi secondaire. La perte des éléments représentatifs des objets qui, pour lui, constituent toute l'image, entraîne la perte des émotions concomitantes et en partie des émotions heureuses, souvenirs d'enfance, de famille. D'autre part, cet auteur pense que l'intensité de la réviviscence émotionnelle est proportionnelle à l'intensité des représentations. C'est pourquoi il explique la douleur morale et l'anxiété par la douleur causée par la perte des représentations.

Nous avons dit que nous ne pouvions admettre cette thèse pour cette raison que l'anxiété est antérieure à la perte de la vision mentale. D'autre part, l'argument capital de Lemos consistant à supposer que l'intensité des émotions causées par le souvenir est en raison directe du nombre et de l'intensité des éléments représentatifs qui pour lui sont toute l'image, se heurte aux idées actuelles relatives à la constitution de l'image que nous indiquerons plus loin.

En somme, si l'on constate un parallélisme entre l'anxiété et la perte de la vision mentale, c'est qu'ainsi que nous avons essayé de l'établir, l'anxiété en dislocant les synthèses psychiques, prépare la dissolution de la vision mentale. Le malade est tout à sa douleur qui absorbe tout son être, devient l'unique représentation de sa conscience et, nous le répétons, rien de ce qui n'est pas elle ne peut s'y maintenir. Péniblement, les éléments des souvenirs se présentent un à un à la conscience sans qu'ils puissent être groupés ni rattachés aux

autres groupements qui constituent notre moi, l'esprit après chaque effort retombant tout à sa douleur.

Bien qu'il faille faire jouer à notre avis un rôle important aux troubles de l'affectivité dans l'origine de la perte de la vision mentale, nous souscrivons à l'opinion de M. Seglas : « On pourrait supposer, dit-il dans ses « leçons cliniques » qu'il s'agit là d'une sorte d'amnésie portant sur les images visuelles. Je crois qu'il n'en est rien ; bien plutôt que les images elles-mêmes, c'est la faculté de les évoquer qui est atteinte, le pouvoir de les assimiler à cet ensemble de faits psychologiques qui constitue sa conscience personnelle ». Et dans son « Délire des Négations » il pense « que dans ce manque non de reviviscence automatique mais de rappel volontaire des images, il s'agit d'un défaut de synthèse empêchant leur rattachement aux autres souvenirs ou sensations dont l'ensemble constitue la personnalité, d'un manque d'assimilation psychologique des images ».

CHAPITRE VI

Perte de la vision mentale et troubles émotifs

CHAPITRE VI

Perte de la Vision mentale et Troubles émotifs

Bien qu'une déficience de la synthèse mentale, patente chez nos malades soit susceptible d'expliquer la perte de la vision mentale, elle ne semble pas à l'examen plus approfondi des observations, la constituer toute entière ni même être à son origine dans tous les cas.

En effet, si chez certains malades le souvenir apparait souvent comme composité, squelettique, découpé comme un jeu de patience ou même inexistant, chez certains autres au contraire (la malade de Lemos et la nôtre), il donne à celui qui en écoute la description l'impression d'un souvenir normal tant par l'exactitude que par la richesse et la hiérarchie des détails. « Je *me souviens* de tout comme auparavant, dit la malade de Lemos, mais je ne puis me représenter dans mon esprit ni le visage de mon mari et de mes enfants, ni l'aspect de ma maison, ni une orange, ni une poire.... Je *sais* que ma salle à manger est au premier étage, qu'il y a une grande

table au centre, deux fenêtres qui donnent sur la mer, une armoire avec de la vaisselle qui est adossée au mur d'en face, des chaise autour, etc... mais je ne puis pas me représenter ni la salle à manger dans son ensemble, ni l'armoire avec la vaisselle dedans, ni les chaises. Je ne puis pas voir cela par la *pensée* comme auparavant ». Cette même malade décrit le visage de son mari, de ses enfants, une rue de sa ville avec un nombre tel de détails exacts que, vus de l'extérieur, ses souvenirs paraissent normaux.

De même, l'interrogatoire analytique de notre malade au sujet des éléments représentatifs qui lui restent des personnes et des choses, nous a montré que chez elle aussi, vu de l'extérieur, le souvenir paraît normal. Une femme de son milieu ne nous décrirait pas autrement son mari, ses enfants, son appartement. Ces malades s'aperçoivent d'ailleurs de cette sorte de contradiction entre leur absence de représentations mentales et la possibilité qu'ils ont cependant de nous décrire ces représentations inexistantes.

« Je me souviens de tout, dit la malade de Lemos. Si l'on me demande par exemple comment est ma maison, je suis à même de tout expliquer, de façon que la personne qui m'écouterait pourrait se représenter tout cela dans son esprit, et moi qui donne ces renseignements, je n'en puis rien me figurer. Plus que cela, voici le portrait de mon fils Antoine, j'ai beau le regarder bien attentivement, pour tâcher de me le représenter dans mon esprit, peine perdue. Je ne peux plus, même ainsi ! »

Notre malade dit qu'elle *connaît*, *sait*, la taille, la cou-

leur des cheveux de son mari, qu'elle *le sait dans l'intérieur, mais qu'elle ne les voit pas avec les yeux de l'esprit* ». Lorsqu'on lui demande comment il se fait qu'ayant tous les éléments visuels nécessaires pour se représenter son mari, elle ne le peut, « c'est que je ne les vois plus, je les *sais* seulement », nous répond-elle. Il en est de même pour la description de son ameublement : « Je puis vous le dire par cœur mais je ne peux plus le voir ». Souvent aussi elle explique sa connaissance des particularités des êtres et des objets par un phénomène de simple mémoire verbale : « Je sais que mon mari a un nez de juif parce que je l'ai entendu dire... Je sais les yeux de mon petit garçon. Ils sont bleus absolument comme les miens. On disait toujours qu'il avait de beaux yeux bleus ».

Cette apparence de contradiction est capitale à notre avis pour l'interprétation de la perte de la vision mentale et nos malades en nous indiquant le sens. En effet, vus de l'extérieur, pour nous qui observons, de tels souvenirs ne présentent aucune différence avec des souvenirs normaux. La différence qui est cependant profonde est ressentie seulement par le sujet qui se souvient, elle est toute intérieure, toute subjective. L'incomplétude de tels souvenirs tient à ce qu'il leur manque leur élément essentiel, leur marque affective caractéristique.

En mettant à l'origine de la perte des représentations visuelles un trouble de la synthèse mentale, nous avons trop considéré l'image dans son acceptation classique, comme une sorte d'empreinte cérébrale laissée par la sensation, une photographie plus ou moins effacée de cette

sensation, nous l'avons ainsi réduit à ses seuls éléments représentatifs. Or l'image apparait aux psychologues contemporains comme infiniment moins précise, moins figée et la plupart lui reconnaissent un double état, l'un représentatif, l'autre émotionnel, celui-ci ayant une importance prépondérante dans l'acte de la reconnaissance. Disons-le de suite, nous croyons qu'en dehors d'une déficience de la synthèse mentale qui certes peut intervenir, il faut faire la plus large part dans la perte de la vision mentale aux troubles affectifs dont on connait la si grande importance au cours de la mélancolie. Si les malades ne peuvent se représenter les objets ni les êtres, cela ne tient pas tant à ce qu'ils ne peuvent en coordonner et en situer les divers éléments représentatifs, mais c'est surtout parce que la partie émotionnelle de l'image s'est effritée du fait de troubles profonds dans la sphère affective.

Nous sommes donc amenés après avoir parlé des images comme de réalités anatomo-psychiques, à nous demander quelle est leur signification réelle et ce faisant nous effleurerons le problème si controversé de la pensée sans images. Baldwin, dans son dictionnaire de psychologie paru en 1912, donne de l'image la définition suivante : « le schème normal qui persiste des sensations ou des éléments sensoriels d'une perception ou d'une image antérieure. La totalité des images emmagasinées dans l'esprit porte le nom d'imagery. » Aussi bien une telle définition aurait-elle pu être donnée par Platon. De tout temps, en effet, les psychologues ont envisagé l'image comme une copie plus ou moins exacte de la sensation, copie emprisonnée dans le cerveau comme des colombes

dans une volière, suivant la comparaison classique. Plus près de nous, Descartes parle de « vestiges cérébraux ». « Pour la mémoire, dit-il, je crois que celle des choses matérielles dépend des vestiges qui demeurent dans le cerveau après que quelque image y a été imprimée. » C'est encore à quelques nuances près l'opinion de Taine. L'image est pour lui en tout comparable, à l'intensité près, à la sensation originelle, mais contrairement à celle-ci, survit à l'ébranlement du nerf et sa persistance est fonction de la profondeur des modifications apportées aux cellules cérébrales.

La masse de ces images est le substratum de la mémoire, et partant de la pensée. « A l'état normal, dit-il, nous pensons tout bas par des mots mentalement entendus ou lus ou prononcés et ce qui est en nous c'est l'image de tels sons, de telles lettres ou de telles sensations musculaires et tactiles, du gosier, de la langue et des lèvres ».

Une semblable conception cadrant avec leur mode de penser professionnel, devait satisfaire les médecins, mais en fait, cette même conception des images comme une simple copie de la perception s'imposa à eux directement et découla des recherches sur les localisations cérébrales et en particulier de l'étude des aphasies. Bref, la notion d'image comme couple psycho-anatomique, celle de langage intérieur, apparaissaient jusqu'à ces dernières années non seulement comme des hypothèses commodes, mais comme des processus dûment établis.

En somme, comme le dit Binet dans son avant-propos de *l'année psychologique* de 1910 « Au début par besoin

de clarté on s'est jeté avidement sur les images mentales parce qu'on a cru qu'une image mentale est quelque chose de très clair et de très compréhensible. Une image mentale ressemble à une image ordinaire ou à une photographie, il y a un simulacre matériel qui séduit. On a donc pensé qu'en supposant que l'esprit se compose surtout d'images, qu'il est un polypier d'images ou en donne une explication intelligible. Puis on a voulu se représenter l'esprit en termes de langage, les opérations de l'esprit ont semblé consister en mots, les raisonnements étaient des phrases, les volontés des ordres verbaux, tout l'ensemble de l'esprit ressemblait à un discours ».

Or cette façon d'envisager les images et le langage intérieur tend à ne plus être admise comme un dogme intangible et par les psychologues et par les neurologistes. Pour ne parler que de ces derniers, il me faut citer en particulier l'opinion de Pitres et de Sollier qui nient que les divers centres sensoriels soient des centres d'une mémoire propre « indépendante de la fonction mnésique générale ». Mais ce sont surtout le professeur Pierre Marie et son élève Moutier qui dressèrent le réquisitoire le plus absolu contre la conception des images en tant que réalité psycho-anatomique. « La grande erreur dans la question des images a été, dit Moutier, de croire à celles-ci comme à des réalités. On a perdu de vue leur existence toute hypothétique, toute conventionnelle ; et peu à peu l'on a fini par les détacher du mot de l'idée. On a fini par admettre dans le cerveau des images sans mots, sans idées, sans aucun attribut, des images pures. Il en est des images comme de la substance pensante, ce sont

des réalités métaphysiques, ne correspondant à aucune expérience, mais d'une importance capitale au point de vue logomachique (Duprat) ». En fait le mot est un phénomène complexe comportant un double état, sensorio-moteur et intellecuel, c'est un phénomène vocal, auquel nous attachons une signification intellectuelle. Il est un symbole indispensable au fonctionnement de la pensée à laquelle il est intimement uni : « les pensées, les mots et ces abstractions les images forment un tout indissoluble dans lequel aucun élément n'est distinct. »

Il ne saurait donc être question de centres d'images, puisque si elle existait, l'image ne pourrait être qu' « un phénomène cérébral nous permettant d'utiliser nos perceptions de façon à rendre possible leur évocation (attention volontaire), leur reconnaissance (mémoire), leur comparaison (association d'idée). »

Aussi Pierre Marie et Moutier ne font-ils pas intervenir la notion d'image dans leur conception de l'aphasie.

Voici donc niée de façon formelle l'existence des images en tant que réalité anatomo-psychologique. Cependant du point de vue purement psychologique on ne saurait se passer de la notion d'image. Seulement l'image n'apparaît plus aux psychologues contemporains comme un atome presque matériel de la pensée et n'est plus envisagé par eux comme une copie plus ou moins exacte de la sensation qui lui a donné naissance. Philippe, dans son livre sur l'*Image mentale* auquel nous avons déjà fait allusion et qui porte comme sous-titre significatif *évolution et dissolution* (de l'image), présente l'image comme « un composé mental instable et sujet à variations ».

« Celle-ci, dit-il, comme un être vivant nait et s'adapte au milieu ; elle reflète la vie générale de l'esprit », et plus loin : « très vivantes, (nos images) évoluent sans cesse comme tout ce qui vit, n'ayant rien de cette immobilité catégorique qui est la première négation de la vie et peut-être aussi de notre pensée ». Nous avons dans un chapitre antérieur longuement développé les idées de Philippe et insisté sur les deux couches de l'image, l'une large extérieure due à l'activité de l'esprit, l'autre centrale très mince, vestige de la perception originelle. Cet auteur a montré également que le premier aspect de l'image, c'est une silhouette sans détails, détails qui y sont ultérieurement localisés, grâce au sentiment qui se joint à la vision mentale de l'ensemble.

Abramowski reprenant les recherches de Philippe a montré comme nous l'avons vu, le rôle de l'activité intellectuelle dans l'établissement du contenu représentatif de l'image. Mais il a assigné de plus un rôle capital à la partie non représentative et non intellectuelle de l'image. Il a montré que la richesse en détails de la vision primitive n'a pas comme corollaire obligatoire une plus grande valeur du souvenir. En effet, le souvenir peut exister sans images proprement dites, puisque le sujet peut identifier deux perceptions dont la première effectuée à l'état de distraction, n'avait donné lieu qu'à une description incomplète ou nulle. C'est que cette absence d'images représentatives ne signifie pas une absence totale de l'impression. Il subsiste quelque chose de l'impression originelle qui se traduit par la « conscience du manque » que Philippe d'ailleurs avait entrevu. Cette

« conscience du manque » est un sentiment générique, spécifique, qui fait que si nous représentons de nouveau au sujet la chose oubliée, brusquement, à la façon d'une révélation, cette conscience du manque sera remplacée par le sentiment spécifique de la reconnaissance. C'est dans cette « conscience du manque » qu'il faut rechercher la nature non intellectuelle du souvenir. A son degré le plus élevé, « la conscience non intellectuelle du souvenir se manifeste dans le symbolisme des mots et des images et des mots en tant que souvenirs ».

Les causes qui agissent sur le souvenir pour en augmenter la valeur représentative (attention surtout) agissent en sens inverse sur la partie subconsciente de l'image en diminuant le nombre des « hallucinations » et des « sentiments de manque » et ce par suite de l'intervention des mots, instruments de l'activité intellectuelle et facteurs de dissociation en tant que « foyers autonomes de la pensée », ainsi que l'avait déjà indiqué Bergson. Inversement, l'inhibition intellectuelle entravant l'intervention des mots et des associations, garde à l'image son caractère vivant et spécifique mais en la refoulant vers le subconscient. Or ce subconscient provenant de la distraction et des oublis n'est pas « une masse inerte, mais une chose très vivante, spontanément créatrice, qui s'approche du seuil de la conscience pendant la cryptomnésie et qui très souvent sans être remémoré et représenté est encore senti dans les phénomènes des hallucinations de la mémoire et des sentiments de manque ». Aussi est-il qualifié de sentiment spécifique du subconscient ou de conscience a-intellectuelle, d'équivalent émotionnel

des représentations. Et cette partie non représentative du souvenir est sentie par nous dans l'oubli de façon positive sous un aspect affectif comme un sentiment générique d'une représentation non existante dont il tient place et c'est ce sentiment qui est la cause de « notre résistance graduelle aux représentations qui ne sont pas la vraie ». Ce sentiment est si spécifique, si différencié, ce cachet d'émotivité est si spécial que l'évocation d'objets très ressemblants à l'objet oublié est rejetée comme fausse. Ces états émotionnels cessent d'ailleurs d'exister dès qu'apparait la représentation par transformation du sentiment générique au contact de l'intellect en la représentation même dont il provient.

Abramowski étudiant les réactions respiratoires et galvanométriques de sujets soumis à des impressions reçues sans attention et par conséquent libres d'intellect et de représentations, conclut au caractère émotionnel de la partie non représentative de l'image, les impressions inconscientes (non représentatives) donnant des réactions plus vives que les mêmes impressions conscientes. Et Abramowski pense que la vivacité de la reconnaissance et par conséquent la sensibilité de la mémoire est surtout fonction de l'émotivité mnésique. Dans un ouvrage antérieur sur l'image et la reconnaissance, il s'exprime ainsi : « Dans l'acte de la reconnaissance, le souvenir se joint à l'impression avant qu'il ne se développe en image, c'est à dire se joint sous son aspect inintellectuel, plutôt affectif que représentatif. En se fusionnant avec l'impression, il donne à celle-ci une teinte émotionnelle, il l'imprègne d'un sentiment spécifique d'identité ou de nouveauté

lequel au premier moment de la perception ne constitue pas encore un objet de la pensée distinct de l'impression, mais forme avec cette dernière une seule et même perception. » Ces idées ne sont du reste pas particulières à Abramowski, Bourdon, d'observations sur la reconnaissance d'une lettre dans un texte, avait conclu que la reconnaissance se faisait sans images, par l'éveil d'un sentiment vif qui donnait plus d'importance à la perception actuelle. Ce sont aussi les idées de Binet et d'un grand nombre d'autres psychologues. Ainsi l'image nous apparait comme une formation vivante, infiniment complexe, constituée par des éléments représentatifs plus ou moins remaniés par l'activité intellectuelle et des éléments d'ordre émotif difficilement analysable, mais d'importance capitale puisque ce sont eux qui, en grande partie, conditionnent la reconnaissance.

Dès lors, étant donné d'une part l'importance des troubles affectifs dans la mélancolie et, d'autre part, ce fait que les souvenirs de nos malades paraissent normaux au point de vue de leurs éléments représentatifs, nous sommes amenés à nous demander si la déficience de la vision mentale qu'ils accusent, ne serait pas sous la dépendance d'une déficience des éléments émotionnels de l'image, d'un abaissement de son potentiel émotionnel.

Comme nous avons essayé de l'indiquer, toute image porte en elle sa marque affective caractéristique qui est à la fois sa marque et notre marque de fabrique. C'est grâce à ce caractère affectif que nous prévoyons globalement le souvenir avant d'en prendre par l'analyse une connaissance plus détaillée sinon plus imprégnée de réa-

lité, et nous avons déjà fait remarquer la sorte d'opposition qui existe entre l'accent de vérité que prend dans notre conscience l'évocation d'un être chéri et le peu de détails précis que nous sommes capables de retrouver dans son image. C'est que ce qu'il y a de plus profond en nous et aussi de plus caractéristique, de plus particulier à chacun de nous c'est notre façon de sentir et aussi pensons-nous, mais à un moindre degré, notre façon de réagir et d'agir. Il n'y a point à s'en étonner si nous réfléchissons que notre façon de sentir a sa base profonde dans notre sensibilité générale, dans notre cénesthésie. Ainsi notre façon de sentir, traduction psychique de notre cénesthésie devient avant toute connaissance la base de notre moi. C'est elle qui façonne nos souvenirs, assure leur juxtaposition harmonieuse, et de cette façon encore, contribue à la continuité de notre personnalité. Ainsi à chaque instant de notre vie psychique nous avons comme fond ou comme cadre à cette activité psychique et à notre expérience, d'une part notre cénesthésie et d'autre part la masse confuse de tous nos souvenirs sous une forme indifférenciée mais nettement agissante dans un sens déterminé, ce sont nos tendances. Celles-ci forment le plus souvent un couple sensitivo-moteur mais dans certains cas elles pourront se débarrasser de leurs éléments émotifs devenant alors ce que M. Revault d'Allonnes a étudié sous le nom d'inclinations. C'est le cas de la malade étudiée par cet auteur qui bien qu'absolument insensible psychiquement agissait comme si elle sentait. Mais normalement il n'en est pas ainsi et chaque perception subit une sorte d'imprégation affective qui lui donne sa cou-

leur et la rend vivante. On conçoit que l'image qui en résulte subisse elle aussi dans ses caractères affectifs l'évolution du ton affectif général et c'est ce qui explique les différences, le contraste même qui existe parfois entre le nombre des détails, l'exactitude de certains souvenirs et leur peu de valeur émotionnelle qui fait que de tels souvenirs paraissent morts à ceux qui les évoquent, ne leur parlent plus. Le cas de Littré, vieillard, se remémorant un souvenir de jeunesse, est très suggestif à cet égard. C'est que les éléments représentatifs qui constituent le noyau central de l'image vivent d'une vie indéfinie, et ne peuvent varier alors que notre façon de sentir évolue avec l'âge, subissant les vicissitudes de nos conditions organiques. A ce sujet il est intéressant de comparer les souvenirs précis du vieillard, mais sans chaleur émotive, avec la prétendue absence de vision mentale de nos malades. Dans les deux cas, les éléments représentatifs du souvenir existent, plus nombreux le plus souvent, mais pas toujours chez le vieillard. Dans les deux cas, le souvenir est « su » mais non senti. La différence qui parait considérable, est en fait toute subjective, le vieillard affirme le souvenir comme sien, il sait que ce qu'il raconte lui est personnellement arrivé, nos mélancoliques au contraire tout en décrivant leurs souvenirs en nient l'existence. Quelle est la raison de cette interprétation différente ? Elle tient vraisemblablement à ce que l'état affectif du vieillard est moins éloigné de ce qu'il était au moment de la perception originelle que ne l'est l'état affectif actuel du mélancolique de celui qu'il présentait lors de la perception initiale.

En effet, lors de son apparition à la conscience, le souvenir doit nécessairement traverser notre sensibilité psychique du moment, se teindre de sa couleur affective. Le plus souvent, le ton de notre affectivité n'est pas tellement différent de celui que nous avions au moment de la perception originelle que le souvenir n'apparaisse plus comme nôtre. Si au contraire il existe une trop grande dissemblance, deux éventualités peuvent se présenter : ou bien le souvenir n'apparaît pas faute d'évocation ou bien apparaît à la conscience, mais avec de tels caractères de froideur ou d'étrangeté qu'il ne semble pas appartenir à celui qui l'évoque comme un souvenir vraiment personnel. L'état d'anesthésie, ou mieux de dysesthésie psychique, des mélancoliques peut amener la perte de la vision mentale par défaut d'évocation. De nombreux auteurs, et Masselon en particulier en utilisant les tests de Binet, ont montré que l'évocation des idées et des images se faisait toujours dans le sens de la direction de l'esprit et que cette direction était commandée par les tendances, qu'en dehors de cette direction, l'esprit s'astreignait à une attitude artificielle très difficile à conserver. Interprétant à ce sujet une série de tests, Masselon en note les résultats de la façon suivante : « le sujet adopte ici encore une attitude d'esprit déterminée ; c'est dans cette direction que l'esprit cherche à provoquer des évocations. Cette direction ne s'établit pas sans difficultés dès l'abord, le malade doit faire effort pour inhiber tout le groupe de représentations qui, sous l'influence de l'état affectif prédominant, tendent à occuper et occupent en fait sans cesse sa conscience. Lorsque

cette direction est fixée, l'évocation est gênée encore par l'état affectif qui tend à accaparer de nouveau l'attention. Ce n'est qu'au prix d'un grand effort que cette direction est maintenue. Mais alors même, le mot ne se présente que très difficilement, l'esprit reste vide, le malade cherche, hésite et se plaint de l'impuissance de ses efforts... les mots s'évoquent en séries se rapportant à un même groupe d'objets ou sont inspirés par les objets que les malades ont sous les yeux. Les représentations sont absentes ou très peu nombreuses. »

C'est à une conclusion analogue qu'aboutit Wimmer dans un article récent : « les images restées à l'état latent dans notre mémoire, dit-il, ne sont pas toutes également prêtes à être éveillées par les impressions arrivant du dehors. Suivant le cours des idées, la disposition d'esprit du moment, etc., une excitation extérieure donnée fera surgir tantôt un groupe d'images, tantôt un autre », et plus loin : « la tendance dépressive de ses idées et l'état général de son esprit exerçaient une influence groupante sur les souvenirs ». A un degré plus avancé, on conçoit qu'il y ait une « inhibition dépressive des images » (Winner). Nous avons d'ailleurs suffisamment insisté à ce sujet dans un chapitre précédent.

Voici donc une première cause de déficience de la vision mentale, par trouble de l'émotivité, l'inémotivité intervenant en affaiblissant le pouvoir d'évocation. Mais ce processus nous parait moins fréquent que le suivant (deuxième éventualité envisagée plus haut) et qui a trait à la discordance entre l'état émotif de la perception originelle et celui du souvenir actuel. Il se passe dans ces

conditions ce qui se passe (et est mieux connu) pour les perceptions. M. Séglas avait déjà montré contrairement à l'opinion de Krishaber et de Taine, que le sentiment d'étranger du monde extérieur ne saurait être attribué dans la majorité des cas à des altérations sensorielles, mais dérive directement de troubles cénesthésiques. « Par suite, dit-il, des troubles qui surviennent dans le domaine des fonctions organiques au début de la mélancolie, on comprend aisément combien est grand le nombre de sensations nouvelles, qui peuvent modifier le complexus cénesthésique. De plus, en raison même de l'état particulier des centres nerveux qui participent également à la souffrance générale de l'organisme, c'est surtout dans leur élaboration cérébrale que les diverses sensations se transforment et s'altèrent. Les images intérieures ne sont plus adéquates à leurs excitants normaux, et les sensations même régulièrement transmises n'arrivent plus à la conscience que comme autant d'impressions alarmantes par leur étrangeté. » Or, comme nous l'avons vu, notre façon de sentir et plus généralement notre sensibilité et notre émotivité sont fonction de notre cénesthénie. M. Dugas, dans son livre sur l'Imagination, a insisté sur le rôle que jouent les réactions affectives dans notre sentiment de réalité des choses extérieures, et dans son livre sur la Dépersonnalisation, il conclut qu'il n'y a chez les dépersonnalisés aucune altération de la donnée sensorielle simple, mais un changement considérable dans la façon « de la recueillir, il serait même plus exact, ajoute-t-il, de dire, de l'accueillir ». « Le malade ne recueille plus normalement ses sensations, il est distrait. Il ne les accueille

plus normalement, il est indifférent. Il intervient donc chez lui deux altérations distinctes, l'une porte sur la perception, c'est la distraction ; l'autre porte sur l'écho de la perception, sur le sentiment qu'elle éveille en nous et qu'une vieille habitude y rattache d'ordinaire, c'est la perte de l'émotion qui accompagne la perception ».

Wimmer apprès avoir montré comme MM. Séglas et Dugas que les troubles sensoriels dus à une lésion organique ne peuvent que rarement être invoqués à l'origine du sentiment d'étrangeté du monde extérieur, conclut dans un sens analogue : « Il me semble évident, dit-il, que nous n'avons pas affaire ici à des anomalies de la perception, mais à une modification survenue dans l'émotivité, à cette insensibilité dont elle (sa malade) se plaint. Comme elle le dit elle-même : ses impressions sont « purement intellectuelles », c'est-à-dire que la résonnance sentimentale, l'émotion, l'enjeu personnel font défaut. Nous connaissons tous pour l'avoir observé sur nous dans nos « heures de mélancolie » cet aspect terne et morose des choses, qu'exprimait très bien une de mes malades atteinte de psychose psychogène disant que les choses tout autour avaient pris une apparence « étrange » au point qu'elle ne les reconnaissait plus, « parce qu'elle n'avait plus envie de rien ».

Ainsi, pouvons-nous conclure avec Masselon : « des éléments affectifs sont liés à toutes nos perceptions ; nous ne connaissons bien les choses qu'autant que nous les sentons, c'est-à-dire qu'autant que ces choses éveillent en nous l'intérêt, s'accompagnent de sentiments de plaisir ou de tristesse. Toute représentation qui n'éveille pas

un sentiment ne s'impose pas à nous avec les caractères très précis et très nets de la réalité : elle prend un aspect un peu abstrait auquel le doute est toujours plus ou moins attaché... Or nos malades (des mélancoliques) ont perdu la faculté d'être émus par les choses parce qu'ils ont un certain degré d'indifférence affective ; ils ne sont plus frappés par elles au même titre que jadis ; à la difficulté de les percevoir, de les connaître, vient s'ajouter la difficulté de les sentir. Rien d'étonnant donc si elles paraissent moins réelles qu'autrefois ». Les interprétations de MM. Deny et Camus, de Fœrster, Storch, celle de M. Revault d'Allonnes, d'allures plus scientifiques, ne sont plus au fond que des variations de l'interprétation précédente. Pour MM. Deny et Camus, en effet, l'étrangeté du monde extérieur est le fait « de la non utilisation par la conscience des sensations organiques normalement associées à nos perceptions sensorielles », d'une dissociation entre la myopsyche et la pathopsyche (Wernicke, Fœrster, Storch). Mais ainsi que le fait remarquer Leroy, le sentiment de cette réaction organique, de cet harmonique organique de la sensation n'est pas autre chose que le ton émotif propre à cette sensation. « La théorie soutenue par Deny et Camus revient à dire que ce qui est troublé chez leur malade, c'est en somme le ton émotionnel qui accompagne la sensation ». Revault d'Allonnes admet une explication analogue. Pour cet auteur le sentiment d'étrangeté tient à l'inémotivité du malade et cette inémotivité tient à la disparition des réactions viscero-cérébrales qui accompagnent le jeu de nos tendances.

On voit donc que l'accord est fait entre les divers auteurs pour mettre au premier plan des sentiments d'étrangeté du monde extérieur : l'inémotivité ou la dysémotivité des malades. M. Blondel a invoqué récemment un autre processus, reflet des doctrines bergsoniennes. Pour lui, c'est l'impossibilité à agir sur les choses qui en troublerait la perception : « Si le monde a changé pour notre malade... c'est purement et simplement du fait de son aboulie, de son impuissance à agir. Comme il le dit lui-même, c'est lui qui a changé et non les choses et si les choses ont changé, c'est qu'incapable d'agir sur elles, il est de ce fait devenu incapable de les percevoir puisque percevoir c'est esquisser nos actions possibles », Il n'est point dans notre sujet de discuter cette interprétation, faisons remarquer seulement que l'aboulie dont parle M. Blondel nous paraît précisément relever de troubles cénesthésiques, se traduisant par « ce sentiment vague de malaise général » qui, ainsi que l'a montré M. Séglas, est tout au début de la mélancolie. Nous avons d'ailleurs insisté plus haut sur l'influence déprimante de l'aboulie sur la synthèse mentale et partant sur la vision mentale.

Les troubles de l'émotivité, l'inémotivité ou mieux la dysémotivité des mélancoliques peuvent donc engendrer ce sentiment d'étrangeté des perceptions et de fait le causent assez fréquemment. Cette dysémotivité agit de la même façon sur le souvenir, plus efficacement encore. Le souvenir, en effet, plus que la perception, nécessite l'intervention de notre moi émotif. C'est que la perception a toujours un guide qui est l'objet extérieur

dont par l'attention, nous pouvons prendre une vue plus précise ; par l'attention encore, nous pouvons corriger nos erreurs d'appréciation. Enfin nous pouvons fixer l'objet aussi longtemps que nous le désirons. Rien de semblable pour le souvenir ou l'image. « Ici, au contraire, dit Philippe, les rôles sont à peu près renversés : la vitalité ou la force représentative de l'image est probablement ce qui importe le plus ; en tout cas, nous ne pouvons la fixer qu'un temps durant lequel tout notre effort pour percevoir ne suffit pas à rendre perceptible ce qui l'est trop peu. Dans une perception extérieure, l'attention réussit parfois à corriger par une intensité d'efforts l'inaptitude des sens ; mais ici c'est l'objet lui-même qui fait défaut à notre sens interne ». Donc ici plus de moyen de contrôle objectif, tout est subjectif et plus qu'ailleurs la croyance en la réalité nous sera fournie par un phénomène d'ordre émotionnel. Seul le choc émotionnel accompagnant le rappel du souvenir donnera à celui-ci sa vivacité et son aspect de réalité personnelle. Et comme généralement, on admet avec Bergson que toute perception suppose des souvenirs, de nombreux auteurs ont été tentés de faire de l'affaiblissement des images l'origine des troubles de la perception des mélancoliques (Cotard, Masselon, Wimmer).

D'autre part, plus que la perception, l'image, phénomène d'élaboration cérébrale et évolutif, sera influencé par les troubles émotifs, parce qu'il entre dans sa constitution un « composant émotionnel très important » (Wimmer). Ce composant émotionnel « c'est le sentiment de déjà vécu, fait en partie et même pour l'essentiel

de processus émotionnels plus ou moins internes (plaisir, peine, etc.), qu'on se rappelle comme ayant fait partie dans le temps de la chose (l'événement) dont on se souvient. Là où ce sentiment du déjà vécu fait défaut, les souvenirs complexes pourront bien être éveillés et reconnus, intellectuellement comme souvenirs, mais il leur manquera d'être sentis comme siens par l'individu » (Wimmer).

OEsterreich soutient une thèse analogue « les éléments purement intellectuels ne forment pas le tout de la représentation et ne suffisent jamais à eux seuls à porter chez l'individu la conviction certaine qu'il est en état de se représenter quelque chose » et pour lui (dans les cas de dépersonnalisation avec diminution de la vision mentale) il n'y a pas à proprement parler de déficience des éléments représentatifs des images mais abaissement de leur ton affectif.

Parmi les observations à l'appui de cette thèse, il cite celle d'un malade capable de réciter les premières lignes du monologue de Faust et affirmant ne s'en rien rappeler : « les mots viennent bien, mais je ne les sens plus ; c'est ce que j'appelle le vide des représentations ». On voit combien ceci est voisin de ce que nous avons observé chez nos malades susceptibles eux aussi de décrire leur appartement, le visage d'un être cher et prétendant n'en avoir aucune représentation. Aussi pouvons-nous conclure que leurs souvenirs, qui, de l'extérieur, paraissent normaux, persistent en tant que phénomène intellectuel. Certes, chez nos mélancoliques, la déficience de la synthèse mentale, fonction d'ailleurs en partie

d'une déficience de l'émotivité, ce si grand excitant des opérations psychiques, peut altérer le souvenir comme nous l'avons vu antérieurement, mais cette altération n'est pas le plus souvent très considérable et souvent le souvenir apparaît, nous le répétons, normal comme nombre et arrangement des détails.

Son irréalité est donc toute subjective par disparition du « composant émotionnel » dont la cause est à rechercher dans l'état particulier de l'émotivité de ces malades. Nous avons indiqué plus haut la dissociation des éléments représentatifs et émotionnels de certains souvenirs séniles, cette dissociation peut, chez les mélancoliques, prendre un autre caractère. Ici il ne s'agit plus tant d'inémotivité que de dysémotivité (Séglas, Masselon, Hesnard, Blondel). Il est possible que cette dysesthésie psychique plus que l'anesthésie donne aux images un aspect encore plus étrange et plus éloigné de leur aspect habituel, en les teignant d'une couleur affective différente (et non pas seulement affaiblie) de celle qu'avaient les perceptions originelles et les images qui lui ont fait suite.

De ce qui précède, nous pouvons conclure que l'image au sens où on l'entendait autrefois, est indemne, que seul le souvenir est touché du fait de la déficience de son composant émotionnel. Mais, utilisant ce que nous savons de la composition réelle de l'image, nous allons étudier maintenant si cette image est réellement indemne et conserve tous ses attributs.

Nous avons vu avec Philippe que les éléments représentatifs essentiels de l'image (ceux de la perception originelle) sont extrêmement rares par rapport à ses autres

éléments, que ce noyau central de l'image est de bien petite dimension par rapport à son enveloppe. Nous avons vu d'autre part avec Abramovski qu'il existe pour chaque image un élément de nature émotionnelle (mêmes réactions physiologiques) et que c'est ce sentiment générique et spécifique qui joue le rôle prépondérant dans l'acte de la reconnaissance. Ces éléments émotionnels, on le conçoit, suivent les fluctuations de notre émotivité générale : une inémotivité marquée peut en entraîner la disparition. Or la disparition de la partie émotionnelle de l'image n'entraîne pas comme l'a montré Abramowski, la disparition de ses éléments représentatifs. Seule la reconnaissance en est profondément troublée et c'est ce que nous observons chez nos malades. Aussi conclurons-nous que la perte de la vision mentale a sa cause immédiate dans la dissociation des éléments constitutionnels de l'image dont disparaît l'élément émotif, l'origine de cette dissociation étant précisément l'état d'anesthésie ou de dysesthésie psychique de nos malades.

Un processus un peu différent peut intervenir. Certains de nos malades prétendent que la description qu'ils donnent de leurs souvenirs ne représente pour eux que des mots, mais des mots vides de sens. Nous avons vu, en effet, que l'on peut penser sans images, que l'on peut penser avec des mots qui, comme tout ce qui est abstrait, ne supportent qu'un minimum d'éléments représentatifs ou émotionnels (Aveling). Nous avons vu d'autre part que les mots avaient même une action inhibitrice sur la partie subconsciente (émotionnelle) de l'image. Nos malades peuvent donc penser avec

des mots, nous ne dirons pas des mots sans images, mais avec des mots contenant le minimum d'éléments représentatifs. Il semble, en effet, étant donné la pauvreté émotionnelle du mot, que ce soit là pour nos malades si atteints dans leur émotivité, un moyen moins coûteux de pensée. Le processus est au fond le même, la perte de la vision mentale tenant toujours à des troubes effectifs.

Un malade de Sidis Goodhart est intéressant à ce point de vue. Ce malade, un dépersonnalisé à multiples personnalités, pensait lentement et sous forme de mots-images pendant sa « phase faible » alors que dans la « phase forte » les pensées se faisaient rapides, nombreuses, bien coordonnées et sous forme d'images de choses.

On s'explique donc que nos malades nient leurs souvenirs puisque la partie la plus caractéristique, celle qui détermine la reconnaissance, la partie émotionnelle fait défaut. Ils en « savent » le contenu représentatif un peu à la façon d'un individu qui réciterait un passage d'un livre écrit dans une langue qu'il ignorerait.

Cependant, il est vraisemblable que chez certains du moins, la disparition de la vision mentale ne soit pas aussi complète qu'ils ne l'affirment et qu'il faille faire intervenir cette disposition négative de l'humeur des mélancoliques sur laquelle ont insisté Griesinger et M. Séglas, humeur négative qui grossirait le symptôme et qui, d'une simple diminution, ferait une disparition de la vision mentale. Faudrait-il en conclure que la perte de la vision mentale soit une simple variété d'idée de négation ? Oui si l'on admet que les idées de négations

sont fréquentes chez les mélancoliques et font partie intégrante du syndrôme, non si l'on voulait par ce seul symptôme faire du malade un sujet atteint de mélancolie avec délire des négations (Séglas). Quant aux rapports de la perte de la vision mentale et des idées de négation nous y avons insisté suffisammnt au sujet de la discussion de l'interprétation de Cotard pour ne plus avoir à y revenir.

Nous avons, d'autre part, longuement parlé de la dépersonnalisation chez les sujets atteints de perte de la vision mentale et de fait quelques malades, plus particulièrement celui de Charcot présentaient cet état morbide. Aussi certains auteurs ont-ils voulu voir dans les troubles de la perception, l'effet d'une déficience de la vision mentale. Certes, le souvenir a une place importante dans l'acte de la perception et sans doute la déficience des images peut avoir sur lui une influence perturbatrice, mais le plus souvent les troubles de la perception et la perte de la vision mentale proviennent du même mécanisme morbide.

Quant à l'anxiété, elle est, nous l'avons vu, la première en date et n'est pas conditionnée par la perte de la vision mentale qui certes peut l'exagérer.

Ainsi, la perte de la vision mentale nous apparaît comme une conséquence de l'état psychique propre aux mélancoliques et à certains anxieux. C'est pourquoi on ne l'a, à notre connaisasnce, signalée que dans ces états morbides.

Mais comment se fait-il que les images d'autres groupes, images tactiles, olfactives, auditives ne disparaissent

pas à l'instar des images visuelles, le trouble émotionnel étant général et ne devant pas plus les respecter que ces dernières. C'est parce que les souvenirs visuels forment la grande majorité de nos souvenirs, c'est aussi parce que c'est cette catégorie de souvenirs qui présente la plus grande richesse émotionnelle. Il s'ensuit que ce sont eux dont la disparition sera plus facilement remarquée. Il est possible que ces diverses raisons s'appliquant à un autre groupe d'images, ces images disparaissent en laissant intactes les images visuelles et, de fait, M. Toulouse a rapporté un bel exemple de disparition de l'audition mentale.

Une fois la perte de la vision mentale affirmée par le malade, celui-ci tend à prendre une habitude et une attitude mentale qui rend permanente cette déficience des images tout au moins dans ses affirmations et ce par un processus assez fréquent en pathologie mentale, processus aidé dans le cas particulier des mélancoliques par leur humeur négative. Nous insistons sur ce processus, car il nous paraît particulièrement propre à expliquer la persistance apparente du trouble morbide chez beaucoup de ces malades. Signalé par M. Arnaud dans des cas de « déjà vu », il a surtout été étudié par M. Séglas qui lui a donné le nom significatif d'attitude mentale et qui en a montré toute l'importance à l'occasion de faits de mémoire et aussi au cours de l'évolution des hallucinations. Cette attitude mentale se traduira par de perpétuelles lamentations. Notre malade gémissait tout le long du jour sur la disparition de ses souvenirs visuels. En réalité elle ne faisait aucun effort pour se représenter les êtres

ou les objets et c'est avec un air étonné qu'elle nous entendait lui demander si elle ne parvenait pas un peu mieux à se représenter ses enfants.

C'est également en partie à cette attitude mentale qu'il faut attribuer le mode de généralisation du phénomène qui, d'abord localisé aux êtres chers comme il convient dans un processus d'origine émotive, s'étend ensuite aux personnes indifférentes et aux objets.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

1° Les observations de perte de la vision mentale concernent uniquement des mélancoliques ou des anxieux. La genèse du symptôme sera donc à rechercher dans l'état psychique des mélancoliques.

2° La perte de la vision mentale ne semble pas être la conséquence d'une lésion anatomique ou d'une inhibition fonctionnelle ; la lésion de ce centre supprimerait en effet la reconnaissance visuelle des objets, ce qui n'est pas le cas.

On pourrait plus vraisemblablement l'attribuer à une lésion du genre de celles des aphasies de conductibilité, c'est-à-dire à une rupture des fibres unissant les centres supérieurs de l'idéation (?) à celui des images visuelles, mais, comme précédemment, ce n'est là qu'une hypothèse basée sur une autre hypothèse, celle des aphasies de conductibilité.

3° En fait, la perte de la vision mentale ne paraît relever actuellement que d'une explication psychologi-

que. Elle ne consiste pas en une disparition des éléments représentatifs élémentaires qui entrent dans la constitution du souvenir. Ils sont conservés, mais il leur manque certaines conditions nécessaires pour déterminer le souvenir et ce, en raison de l'état psychique particulier des mélancoliques.

4° C'est en effet dans l'état mental du mélancolique qu'il faut rechercher l'origine de la perte de la vision mentale. Il faut incriminer le défaut de synthèse mentale au ralentissement de l'activité psychique et à la douleur morale qui envahit tout et entrave tout travail psychique. Cette déficience de la synthèse mentale rendra pénible et difficile le groupement harmonieux des éléments représentatifs qui constituent le souvenir et d'autre part entravera leur appropriation au moi.

5° Il faut incriminer surtout la perte de la tonalité affective du souvenir, la disparition de l'élément émotionnel de l'image sous l'influence des troubles profonds de l'émotivité déterminés par l'état mélancolique. Or, la perte du composant émotionnel de l'image entraîne les troubles les plus graves dans l'acte de la reconnaissance.

Le souvenir disséqué, squelettique par déficience de la synthèse mentale, se présentant par ailleurs sans sa marque affective caractéristique, apparaîtra étrange et étranger au malade, qui le niera d'autant plus facilement qu'il est plus pénétré de cette humeur négative propre aux mélancoliques.

6° Cette humeur négative d'une part, l'attitude mentale adoptée d'autre part par le malade vis à vis du

symptôme tendront à rendre permanente la perte de la vision mentale qui sera encore invoquée alors même que les souvenirs seront redevenus normaux.

Vu, le Doyen,
H. Roger.

Vu, le Président,
Ch. Achard.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. Poincaré.

PICARD

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

ABRAMOWSKI. — *Le subconscient normal.* 1914.

— *L'image et la reconnaissance* (Archives de psychologie, 1909).

AVELING. — *On the conciousness of the universal and the individual. — A contribution to the phenomelogy of the thought process* (London, 1912).

BALWIN. — *Dictionnary of psychology*, 1910.

BERGSON. — *Matière et mémoire.* 1896.

BERNARD. — *Un cas de suppression brusque et isolée de la vision mentale des signes et des objets* (Progrès médical, 1883).

BLONDEL. — *La conscience morbide.* 1914.

BINET. — *L'étude expérimentale de l'Intelligence.*

— *L'année psychologique depuis* 1905.

J. COTARD. — *Du délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse* (Ann. méd. psychologique, septembre 1880).

— *Du délire des négations* (Archives de neurologie, 1882).

— *Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse* (Progrès médical, 1884).

— *De l'origine psychomotrice du délire* (Congrès de médecine mentale de Paris, 1889).

Deny et Camus. — *Sur un cas de délire métabolique de la personnalité lié à des troubles de la cénesthésie* (Archives de neurologie, 1905).

— *Sur une forme d'hypochondrie aberrante due à la perte de conscience du corps* (Archives de neurologie, 1905).

Dumas. — *La tristesse et la joie.*

Dugas. — *L'imagination.*

— *La mémoire et l'oubli.*

— et Moutier. — *La dépersonnalisation.* 1911.

Foerster. — *Ein fall von elementarer allgemeiner somasopsychose* (Monatssft. f. Psychiat. u. Neurol. 1903).

Hesnard. — *Les troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique.* 1909.

W. James. — *Précis de psychologie* (trad. franç., 1912).

Janet. — *Le sentiment de dépersonnalisation* (Journ. de psych. norm. et pathol. 1908).

Lemos-Magalhaes. — *Perte de la vision mentale des objets dans la mélancolie anxieuse* (Annales médico-psych. 1906).

Masselon. — *La mélancolie* (1906).

Moutier. — *L'aphasie de Broca.* Th. Paris. 1908.

Revault d'Allonnes. — *Les inclinations.* 1908.

Sidis-Goodhardt. — *Multiple personnality.* New York and London. 1914.

Séglas. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales.* 1895.

— *Le délire des négations.*

— *Le négativisme mnésique* (Journ. de psychol. 1907, n° 2).

— *Evolution des hallucinations* (Journ. de psychol. 1913 n° 3).

TAINE. — *L'intelligence.* 1876.

TOULOUSE. — *Note sur un cas de délire des négations* (Ann. méd. psych. 1893).

WIMMER. — *Sur l'état de conscience pendant la stupeur et sur les psychomécanismes du délire de négation de Cotard* (Ann. méd. psych. 1919, n° 1).

IMPRIMERIE CENTRALE DE L'OUEST
La Roche-sur-Yon (Vendée)